

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO 2023-2025

(Allegato _ alla delibera n. ___ del _____)

(ART. 6 D.L. 9 GIUGNO 2021 N.80)

Sommario

PREMESSA.....	4
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	10
2.1 Valore pubblico.....	10
2.2 Performance	13
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance.....	13
2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision.....	14
2.2.3 L'analisi del contesto	15
2.2.4 Definizione degli obiettivi.....	16
2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance	16
2.2.4.2 Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance.....	17
2.2.4.3 L'Albero della <i>performance</i>	17
2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari	17
2.2.4.5 Gli obiettivi operativi	27
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	73
2.3.1 Premessa	74
2.3.2 Obiettivi e azioni del piano	75
2.3.3 Obiettivi strategici	75
2.3.4 I soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione ed i loro compiti	76
2.3.4.1 Il Direttore Generale.....	76
2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità.....	76
2.3.4.3 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.....	77
2.3.4.4 I Dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Socio-Sanitario, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice	77
2.3.4.5 Il Collegio Sindacale	78
2.3.4.6 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	78
2.3.4.7 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari	78
2.3.4.8 La UOC Formazione e Aggiornamento	79
2.3.4.9 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.....	79

2.3.4.10	Gli Stakeholders.....	79
2.3.4.11	Nomine legate alle attività di prevenzione.....	79
2.3.5	Collegamento con il Piano delle Performance aziendali	80
2.3.6	Il processo di gestione del rischio di corruzione.....	80
2.3.6.1	L'analisi del contesto	81
2.3.6.1.1	Il contesto esterno.....	81
2.3.6.1.2	Le metodologie di misurazione della corruzione	82
2.3.6.1.3	Il contesto interno	85
2.3.6.1.4	La struttura organizzativa.....	85
2.3.6.2	La mappatura dei processi.....	86
2.3.6.3	La valutazione del rischio	87
2.3.6.4	Il trattamento del rischio.....	88
2.3.6.5	Monitoraggio e riesame	88
2.3.7	Le misure generali di prevenzione della corruzione.....	89
2.3.7.1	Il codice di comportamento	89
2.3.7.2	Le misure di disciplina del conflitto di interessi	90
2.3.7.3	Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi	91
2.3.7.4	Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici	92
2.3.7.5	Gli incarichi extraistituzionali	92
2.3.7.6	Divieti post-employment (Pantouflage).....	93
2.3.8	La formazione nell'ambito del PTPCT.....	93
2.3.9	La rotazione ordinaria.....	94
2.3.10	La rotazione straordinaria	94
2.3.11	La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti	95
2.3.12	La segnalazione anonima.....	96
2.3.13	Consultazione e comunicazione	96
2.3.14	Percorso attuativo di certificabilità	96
2.3.15	Il programma triennale per la trasparenza ed integrità.....	97
2.3.16	Allegati del PTPCT.....	98
2.3.16.1	Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – anno 2023.	98
2.3.16.2	Allegato 2 – Catalogo dei Processi a rischio – anno 2023.	109

2.3.16.3	<i>Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità – 2023 – 2025.</i>	116
2.3.17	Appendice - Le tipologie di accesso: documentale, civico semplice e civico generalizzato	156
2.4	Piano triennale per l'Informatica	158
3.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	161
3.1	Struttura organizzativa	161
3.2	Piano Triennale dei fabbisogni di personale	169
3.3	Piano della Formazione del personale	171
3.4	Codice di condotta	176
3.5	Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa	197
3.5.1	Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa – DIRIGENZA	198
3.5.2	Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa – COMPARTO	206
4.	MONITORAGGIO	213
4.1	Principi e ambiti	213
4.2	Customer satisfaction dei servizi aziendali	213
4.2.1	Criteri e modalità operative	213
4.2.2	Questionario assistenza Distrettuale	217
4.2.3	Questionario ricovero Ospedaliero	219
4.2.4	Modulo segnalazioni/ Reclami/Suggerimenti	221
4.2.5	Customer Satisfaction – Risultati	222

PREMESSA

Il D.L. 80/2021, in vigore dal 10.06.2021, convertito in Legge n. 113 del 6.08.2021, introduce all'art. 6 il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione** per le Pubbliche Amministrazioni, disegnando una nuova organizzazione di pianificazione in un'ottica di massima semplificazione.

L'obiettivo è centralizzare e integrare in un unico documento i principali atti strategici pianificatori dell'Ente come:

- Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP);
- Piano delle azioni concrete (PAC);
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);
- Piano Triennale per l'Informatica;
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT);
- Piano di Azioni Positive (PAP);
- Piano della Formazione del Personale.

A seguito dell'istituzione del Piano, il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6.

In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.

Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Successivamente la Nota circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Capo del Dipartimento della Funzione Pubblica ha poi fornito indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) in particolare sull'utilizzo del Portale PIAO, sul questionario informativo, sul ciclo di programmazione 2023-2025, su indicazioni in materia di efficientamento energetico e di strumenti incentivanti.

L'articolazione del presente documento risponde alle indicazioni delle linee guida come da Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 sul Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, ed organizzato sulla base degli schemi di cui all'allegato al suddetto Decreto.

La struttura del PIAO indicata con le suddette linee guida, in particolare il decreto 30 giugno 2022, n. 132, è organizzata nelle seguenti sezioni minime:

➤ **SEZIONE 1 - SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE**

- Presentazione, Organigramma ed articolazioni dell'Azienda

➤ **SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

- Sottosezione di programmazione 2.1 **Valore pubblico**
 - Valore pubblico: in questa sottosezione sono definiti: 1) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria

adottati da ciascuna amministrazione; 2) le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; 3) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti; 4) gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.

○ **Sottosezione di programmazione 2.2 Performance**

- Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. Essa deve indicare, almeno: 1) gli obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia; 2) gli obiettivi di digitalizzazione; 3) gli obiettivi e gli strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione; 4) gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

○ **Sottosezione di programmazione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

- Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013. La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, contiene: 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013. 2. Per gli enti locali la sottosezione a) sul valore pubblico fa riferimento alle previsioni generali contenute nella Sezione strategica del documento unico di programmazione. 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 pubbliche 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.

➤ **SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

- **Sottosezione di programmazione 3.1 Struttura organizzativa**
 - **Struttura organizzativa:** in questa sottosezione è illustrato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione e sono individuati gli interventi e le azioni necessarie programmate di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a);
- **Sottosezione di programmazione 3.2 Organizzazione del lavoro agile**
 - **Organizzazione del lavoro agile:** in questa sottosezione sono indicati, in coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'amministrazione. A tale fine, ciascun Piano deve prevedere: 1) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti; 2) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza; 3) l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile; 4) l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente; 5) l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- **Sottosezione di programmazione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale**
 - **Piano triennale dei fabbisogni di personale:** indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e deve evidenziare: 1) la capacità assunzionale dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa; 2) la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, e la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni; 3) le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate; 4) le strategie di formazione del personale, evidenziando le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale; 5) le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

➤ **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

- La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili. 2. Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno (P. IVA 04701800650) ha sede legale in Salerno, via Nizza n.146. Essa è stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività.

L'Azienda assume la ragione sociale di AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO.
Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.aslsalerno.it.

L'Azienda comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 Km², che rappresenta il 36,0% della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29,0%, collina interna, per il 44,6%, collina litoranea, per il 14,8% e pianura per l'11,4% del territorio.

La popolazione residente è di 1.101.763 (fonte: ISTAT), che rappresenta il 19,0% della popolazione regionale. La densità media risulta pari a 225 abitanti per Km².

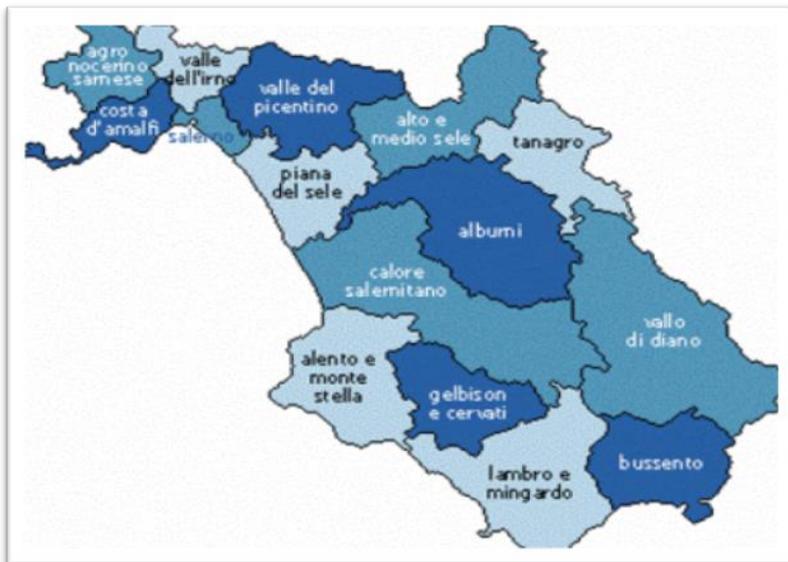
Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

- 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale;
- 40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%;
- 97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%.

L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud.

L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano.

L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.



L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009, nel DCA n. 33 del 17.5.2016 e successivi DCA n. 8 dell'1.02.2018 e n. 103 del 28.12.2018.

L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento Integrato dell'Emergenza e i Dipartimenti funzionali ospedalieri.

Il Distretto Sanitario è il punto focale per l'orientamento dell'assistenza verso la promozione attiva della salute e il rafforzamento delle risorse personali, familiari e sociali dell'individuo, lasciando all'Ospedale l'adozione del cosiddetto paradigma dell'attesa, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensità che si attiva in presenza di un nuovo evento acuto, consentendo all'Ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e diventare invece sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

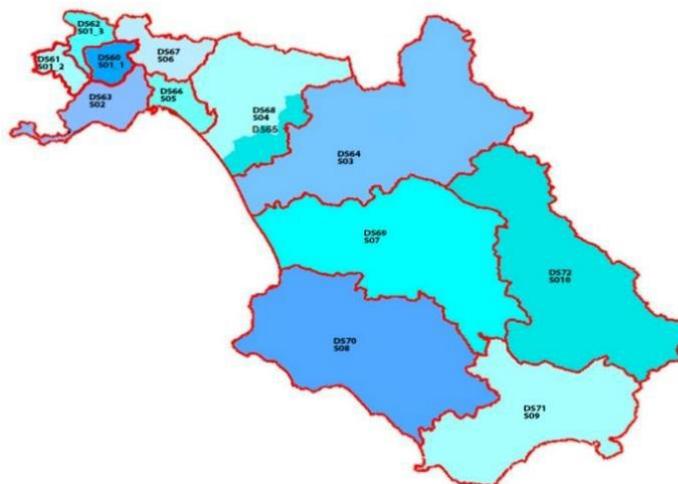
Tuttavia, la necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura, attraverso l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e di percorsi assistenziali condivisi per macro-patologie, impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

Nell'ambito delle attività distrettuali, pertanto, si concretizzano anche i rapporti con gli Ambiti sociali individuati per lo stesso territorio, al fine di favorire le integrazioni delle prestazioni sociali ad alto contenuto sanitario, in una logica di interazione che porta ad individuare e soddisfare i bisogni dei cittadini anche nel campo delle valutazioni socio-sanitarie.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno è divisa in 13 Distretti Sanitari, cui fanno riferimento 10 Ambiti sociali definiti in ragione della necessaria integrazione socio-sanitaria, così articolati:

Distretti Sanitari ASL Salerno e Ambiti Sociali

Ambito Sociale	Distretto San.	Sede di distretto	Comuni	Pop.	Pop.	Pop.	Pop.
			n.	0-14 a.	15-64 a.	> 65 a.	totale
Ambito S 01_1	Distretto n.60	Nocera	4	12.632	61.469	17.094	91.195
Ambito S 01_2	Distretto n.61	Angri	4	15.293	63.798	15.366	94.458
Ambito S 01_3	Distretto n.62	Sarno-Pagani	4	13.708	58.909	14.343	86.959
Ambito S 02	Distretto n.63	Cava-Costa d'Amalfi	14	11.975	59.234	19.758	90.966
Ambito S 03 ex S5	Distretto n.64	Eboli	18	13.413	67.916	19.734	101.063
Ambito S 03 ex S8							
Ambito S 04	Distretto n.65	Battipaglia	3	9.732	47.306	13.009	70.047
	Distretto n.68	Giffoni-Pontecagnano	9	11.643	53.337	13.684	78.663
Ambito S 05	Distretto n.66	Salerno	2	17.201	91.204	33.982	142.387
Ambito S 06	Distretto n.67	Mercato San Severino	6	10.028	46.793	12.121	68.942
Ambito S 07	Distretto n.69	Capaccio-Rocccaspide	21	6.268	34.747	12.202	53.217
Ambito S 08	Distretto n.70	Vallo della Lucania-Agropoli	37	11.505	61.797	21.771	95.073
Ambito S 09	Distretto n.71	Sapri	17	5.090	27.689	10.577	43.356
Ambito S 10	Distretto n.72	Sala Consilina	19	8.017	42.227	14.811	65.055
TOTALI			158	146.504	716.426	218.450	1.081.380
							<i>Fonte: dati ISTAT 2020</i>



2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

L' Azienda Sanitaria Locale Salerno è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro. È inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania, insieme alle altre Aziende Sanitarie Pubbliche, alla medicina convenzionata, agli erogatori privati accreditati, ed agisce in un'ottica di solidarietà e con autonomia, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo regionali.

Si pone come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio. A tal fine orienta la propria strategia prioritariamente a:

- promuovere la salute di individui, gruppi e comunità mediante la individuazione dei bisogni e dei processi di prevenzione, con attenzione alle disabilità e alla tutela integrale della qualità della vita;
- esercitare l'attività di programmazione e indirizzo fondamentale per l'ottimale erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- valorizzare le proprie risorse umane, mediante processi di formazione continua;
- favorire la partecipazione dei soggetti rappresentativi delle comunità, coinvolgendoli nel processo di promozione della salute. L'Azienda riconosce la funzione delle Organizzazioni Sociali Private, non aventi scopo di lucro, impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, favorendo l'apporto delle proprie specifiche competenze.

L'Azienda sostiene "la causa della salute" con l'azione combinata di tutte le componenti della comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno impatto sulla salute.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Per quanto attiene alle funzioni della Direzione Strategica e dei dirigenti, l'Azienda attua il principio della separazione tra gli atti di programmazione e controllo e i conseguenti provvedimenti gestionali di attuazione, mediante lo strumento della delega.

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Questi ultimi assumono, in particolare, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

Ai Dirigenti spettano i compiti generali di direzione del Servizio assegnato, del relativo personale e l'esercizio di specifica attività professionale con conseguente assunzione di responsabilità di risultato nell'esercizio delle attività aziendali. Le funzioni di direzione debbono essere svolte attraverso dinamiche e metodologie basate sui concetti di autonomia, affidabilità, imparzialità e trasparenza, oltre che nell'osservanza di criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno, prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto sanitario territoriale regionale approvato con L.R. n. 16 del 28.11.2008, è stata costituita con l'accorpamento delle precedenti disciolte Aziende Sanitarie Locali Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3.

La decorrenza giuridica è determinata dalla data della DGRC n. 505/2009, ovvero dal 20 marzo 2009. La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel piano di riassetto della rete sanitaria, territoriale ed ospedaliera regionale, con l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la rimodulazione delle attività territoriali, di prevenzione, cura e riabilitazione, sia attraverso un utilizzo più appropriato dei posti letto ospedalieri, con una riduzione delle attività considerate inappropriate e la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere secondo gli obiettivi del Piano ospedaliero regionale.

Particolare attenzione viene espressa per assicurare a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Oltre agli obiettivi fissati periodicamente dalla Regione Campania, l'Azienda dà attuazione all'art. 32 della Costituzione, ponendo, come prioritari, interventi in materia di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, di assistenza distrettuale, di assistenza ospedaliera.

Nell'ambito dell'**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro**, sono svolte le seguenti attività e prestazioni rivolte alla salute della popolazione:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- la sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, etc);
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'**Assistenza distrettuale** comprende i servizi sanitari e socio-sanitari, l'assistenza farmaceutica, la specialistica e diagnostica ambulatoriale, la fornitura di protesi ai disabili, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, i servizi per la salute mentale, per la riabilitazione dei disabili, strutture semiresidenziali e residenziali, residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

L'**Assistenza ospedaliera** integra l'assistenza istituzionale con i programmi, gli obiettivi e gli interventi di salute previsti dai Piani Regionali Ospedalieri.

Particolare attenzione è data:

- alla integrazione dei servizi sanitari territoriali-ospedalieri, al fine di fornire percorsi di assistenza attraverso i quali il cittadino è accompagnato in ogni risposta ai suoi bisogni di salute;
- alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, con distinzione delle attività di ricovero e dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza da quelli per acuti, con conseguente riduzione dei tempi di ricovero;
- al miglioramento delle liste di attesa, sia per le attività diagnostiche che per quelle di cura e riabilitazione, con particolare riferimento agli interventi chirurgici per patologie tumorali;
- all'allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali.

L'Azienda cura l'integrazione dell'**Assistenza socio-sanitaria** con interventi sociali ad elevato impatto sanitario. Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del Servizio Sanitario Nazionale sono individuati in base al DPCM 14.2.2001 e al DPCM 29.11.2001.

È preposto al governo di tale funzione il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario, con attenzione alla distinzione tra le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente locale e dei rapporti tra l'Azienda e i Comuni in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano.

L'Azienda, pertanto, promuove azioni ed interventi per:

- aggregare tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.L.gs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive integrazioni, costituenti nel loro insieme, l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione sanitaria. Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta", e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie anche in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- concorrere, in collaborazione con le altre articolazione comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari, in particolare delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi, al monitoraggio delle attività socio-sanitarie e alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato.

2.2 Performance

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b), del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i..

Il Piano della *Performance*, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a) dello stesso Decreto:

1. è un documento programmatico triennale;
2. è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
3. individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
4. definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

A fronte del presente Piano, entro il 30 giugno dell'anno successivo all'esercizio finanziario, l'Azienda adotta la Relazione sulla *performance*.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del Decreto), nel quale sono esplicitati in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* costituenti i fondamentali elementi su cui è basata, *ex post*, la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance*.

Gli obiettivi definiti nel Piano sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale e alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano configura una visione comune tra il vertice aziendale e il personale dipendente e rappresenta uno strumento di orientamento delle azioni e dei comportamenti sia dei dirigenti che del personale del comparto.

Costituisce, inoltre, la linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

Il presente Piano della Performance, accoglie gli elementi di sintesi della programmazione di base definiti con la Direttiva annuale del Direttore Generale per l'esercizio 2023 rivolta all'intera organizzazione aziendale, configurata attraverso gli obiettivi assegnati, con cui viene assicurata la continuità della gestione

in capo ai Centri di Responsabilità aziendali, per la più efficace ed efficiente offerta di servizi sanitari e socio-sanitari assistenziali.

La revisione annuale del Piano, da attuarsi nei tre anni di vigenza, è alla base del miglioramento continuo indispensabile per l'attuazione degli obiettivi dell'Azienda ASL Salerno e sarà oggetto di ulteriori modifiche e integrazioni in relazione alle aree di criticità che andranno di volta in volta a delinearsi.

La ratio sottesa agli obiettivi posti in essere è, *in primis*, rafforzare la rete di responsabilità incrociate e affermare un comune progetto aziendale, che coinvolga tutte le articolazioni organizzative e le componenti dell'Azienda, anche attraverso la comunicazione interna ed esterna, verso uno spirito identitario condiviso e a servizio di una comune percezione della pubblica utilità e della missione assistenziale.

2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision

Il mandato istituzionale della ASL Salerno si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre, in collaborazione con altri soggetti pubblici e privati, alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.

La ASL opera come azienda inserita nel contesto produttivo provinciale mantenendo le condizioni di sostenibilità economico-finanziaria, ed assume su di sé una più ampia responsabilità nei confronti del contesto allargato della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, favorisce la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e del lavoro nonché con le istituzioni locali.

I principi sottesi agli obiettivi definiti nel Piano sono riferiti alle direttive, norme e linee di indirizzo emanate dalla Regione Campania con la Legge n. 16/2008 e s.m.i., alle decretazioni e deliberazioni costituenti la programmazione sanitaria regionale e sono altresì riferiti agli obiettivi assegnati al Direttore Generale della ASL Salerno nominato con la delibera della Giunta Regionale della Campania n. 373 del 6.08.2019 e D.P.G.R.C. n. 103 dell'8.08.2019.

Principio cardine dell'azione tecnica e organizzativa dell'Azienda è la promozione di conoscenza e di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale, al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Le decretazioni regionali campane per la programmazione della rete ospedaliera e della rete di assistenza territoriale rappresentano l'opportunità di determinare una riqualificazione dell'offerta, puntando sulle articolazioni maggiormente qualificate per gli aspetti strutturali ed organizzativi e su un nuovo modello operativo incentrato sull'integrazione funzionale delle strutture per la creazione di una rete di assistenza sanitaria e socio-sanitaria idonea alla presa in carico globale del paziente, e per il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza.

2.2.3 L'analisi del contesto

Il contesto in cui trova applicazione il presente Piano è in prevalenza contraddistinto dalle politiche regionali rivolte al recupero di efficienza e al risanamento economico-finanziario del sistema sanitario regionale, all'appropriatezza e congruità delle prestazioni e dei servizi erogati, in assolvimento degli obblighi di contenimento dei costi di cui al Piano di rientro (ex DGRC n. 460/2007) adottato ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.

La programmazione regionale sottesa al presente Piano fa capo in primis al Decreto Commissariale n. 6 del 17.01.2020 *“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”*, al Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 e successivi aggiornamenti di cui ai DCA n. 8/2018 e n. 103/2018 *“Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”*, al Decreto CA n. 83 del 31.10.2019 *“Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2019-2021”* come integrata dalla Deliberazione GRC n. 682 del 13 dicembre 2022, nonché tutti i provvedimenti emanati in attuazione della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2009, con le seguenti priorità d'intervento:

1. implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
2. riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
3. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
4. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
5. completamento del processo di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
6. razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale;
7. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
8. completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
9. implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
10. definizione e programmazione degli investimenti per Interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
11. ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
12. conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori.

Punti di forza:

- riqualificazione dell’offerta sanitaria ospedaliera e territoriale;
- miglioramento degli indicatori di performance dell’attività ospedaliera e territoriale;
- riequilibrio economico-finanziario;
- razionalizzazione della spesa per il personale;
- razionalizzazione della spesa per beni e servizi.

Punti di debolezza:

- eventuali resistenze al cambiamento;
- tempi di perfezionamento del sistema informativo integrato.

Opportunità:

- innovazione del sistema organizzativo e gestionale;
- rafforzamento dell’appropriatezza assistenziale;
- miglioramento della qualità dell’offerta sanitaria;
- sviluppo di reti e percorsi assistenziali integrati.

Minacce:

- mancata condivisione dei processi di innovazione;
- carente comunicazione interna.

2.2.4 Definizione degli obiettivi

2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance

Il Piano della performance presuppone una realizzazione a cascata degli obiettivi dell’Azienda, con la definizione degli obiettivi strategici aziendali e l’assegnazione di obiettivi operativi alle Macrostrutture individuate quali centri di responsabilità aziendali: a) Distretti Sanitari; b) Presidi Ospedalieri; c) Dipartimenti; d) Servizi amministrativi e di Staff facenti capo all’Area centrale.

Gli obiettivi strategici dell’Azienda vengono declinati operativamente da ciascuna Macrostruttura con il coinvolgimento delle rispettive Unità Operative.

Il Piano, attraverso “l’albero della Performance”, esprime l’allineamento delle azioni e degli obiettivi operativi perseguiti nei vari ambiti assistenziali con gli obiettivi strategici generali dell’Azienda.

Ogni informazione relativa al Piano ed al ciclo di gestione della Performance è resa trasparente mediante la pubblicazione nell’apposita sezione del sito web aziendale, ai sensi dell’art. 11 del D.L.gs n. 150/2009.

2.2.4.2 Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance

Il presente Piano ha validità triennale 2023-2025, secondo una logica scorrevole che riallinea annualmente gli obiettivi e i *target* nell'ambito del ciclo della performance di cui all'art.4 D.L.gs 150/2009.

In tale arco temporale, costituiscono obiettivi prioritari, per tutte le Macrostrutture dell'Azienda, la sostenibilità economica dei servizi erogati rispetto alle risorse assegnate e la umanizzazione dell'assistenza.

Circa l'integrazione del Piano della Performance e del *Sistema di Misurazione e Valutazione*, l'Azienda applica detto sistema in sinergia con l'Organismo Indipendente di Valutazione, integrandolo con le risultanze del controllo di gestione e del controllo direzionale, sostanziando il cosiddetto ciclo di gestione della performance di cui all'art.4 del Decreto L.gs 150/2009, secondo le seguenti fasi:

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

2.2.4.3 L'Albero della performance

Gli obiettivi strategici che l'Azienda persegue sono qui delineati nella logica dell'albero della *performance*, connettendo gli obiettivi operativi individuati per ciascuna area assistenziale alle linee strategiche che l'Azienda elabora e definisce per il governo dei servizi sanitari nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale.

2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari

L'albero della performance:
OBIETTIVI STRATEGICI

Nell'ambito del mandato istituzionale attuato nel Sistema Sanitario Regionale ed in linea con la programmazione sanitaria regionale nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 322 del 21.06.2022 di nomina del Direttore Generale ASL Salerno, l'Azienda focalizza la performance 2023-

2025 secondo linee strategiche orientate alla tutela della collettività e alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Il mandato istituzionale della ASL Salerno si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.

In ordine alle determinazioni della citata deliberazione G.R.C. n. 322/2022 di nomina del Direttore Generale della ASL Salerno, questa Amministrazione deve garantire:

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

quali obiettivi specifici: d) *garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia; e) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie; f) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi; g) obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;*

quali ulteriori obiettivi tematici: h) *attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale; i) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali; j) erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali; k) puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento.*

A proposito dei suddetti obiettivi, **con deliberazione n.1221 del 12/10/2022** ad oggetto "*Recepimento obiettivi DGRC n. 322 del 21.06.2022 e adeguamento della programmazione aziendale*", si è provveduto alla accurata enumerazione degli stessi in capo alle strutture aziendali rispettivamente competenti e contestualmente si è disposto di "*adeguare consequenzialmente la programmazione aziendale, con l'assegnazione degli obiettivi in capo alle articolazioni aziendali*".

• **Equilibrio economico-finanziario**

Obiettivo prioritario dell'Azienda è garantire l'equilibrio economico-finanziario dei costi e dei ricavi, prerequisito indispensabile al pieno assolvimento della propria *mission*, in continuità con i risultati dei pregressi esercizi.

Per il conseguimento di tale risultato l'Azienda ricorre a modalità gestionali su base budgetaria nei vari ambiti assistenziali e amministrativi, tra i quali sono di particolare rilevanza quelli della gestione delle risorse umane, dove viene attuata una accurata budgetizzazione delle quote di lavoro straordinario per singola unità operativa, finalizzata al rispetto dei fondi contrattuali deliberati utilizzando quale parametrizzazione di riferimento, in accordo anche con le rappresentanze sindacali del Comparto, la metodologia per la

definizione del fabbisogno di personale approvata dalla Giunta Regionale della Campania con deliberazione n. 593 del 22 dicembre 2020.

Sempre nell'ambito della gestione delle risorse umane, analoga modalità di budgetizzazione verrà attuata su base dipartimentale a fronte delle rilevanti carenze di personale dirigente medico e sanitario, con l'assegnazione di quote orarie di prestazioni aggiuntive ex art. 115 CCNL Area sanità triennio 2016-2018, finalizzate a consentire la continuità assistenziale e la garanzia dei livelli assistenziali negli ambiti maggiormente esposti alle carenze, in particolare quello dell'Area Critica ospedaliera e dell'Emergenza-Urgenza e Reti tempo-dipendenti, fino ad avvenuto completamento delle procedure attualmente in corso per il reclutamento di nuovo personale medico.

- **Procedure di reclutamento**

Con l'esercizio 2023 l'Azienda mira a dare piena esecuzione al piano di fabbisogno del personale approvato in chiave triennale 2021-2023 con delibera n. 1222 del 18/10/2022.

L'arruolamento *in primis* di un adeguato numero di unità mediche per la risoluzione delle carenze organiche, è indispensabile per la garanzia dei livelli assistenziali. L'Azienda mirerà alla esecuzione completa nell'anno 2023 dei bandi finalizzati alle aree maggiormente sguarnite, approvati con delibere n. 1065 del 6/09/2021 e n. 533 del 14/04/2022, per l'assunzione a tempo indeterminato rispettivamente di n. 52 medici e n. 159 medici di varie discipline.

Nello specifico, con il bando di cui alla suddetta delibera n. 1065/2021 è prevista la copertura di n. 52 posti di Dirigente medico a tempo indeterminato, nei seguenti ambiti:

- Anestesia e Rianimazione: n. 10 medici;
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza: n. 12 medici;
- Medicina Trasfusionale: n. 4 medici;
- Terapia intensiva Neonatale: n. 4 medici;
- Neurochirurgia: n. 6 medici;
- Ortopedia: n. 8 medici;
- Pediatria: n. 8 medici.

Con il bando di cui alla suddetta delibera n. 533/2022 verrà invece data copertura a n. 159 posti di Dirigente medico a tempo indeterminato, distribuiti nelle seguenti discipline:

- Urologia: n. 15 medici;
- Chirurghi Generale: n. 30 medici;
- Chirurgia Vascolare: n. 6 medici;
- Medicina Interna: n. 30 medici;
- Cardiologia: n. 15 medici;
- Cardiologia Emodinamica: n. 5 medici;
- Oftalmologia: n. 7 medici;
- Oncologia: n. 4 medici;
- Neurologia: n. 10 medici;
- Ostetricia e Ginecologia: n. 9 medici;
- Gastroenterologia: n. 6 medici;
- Psichiatri: n. 10 medici;
- Radiodiagnostica: n. 12 medici.

• **Piano Investimenti e implementazione del PNRR**

L’Azienda impronta la programmazione economico-finanziaria al principio di salvaguardia della qualità delle prestazioni assistenziali, garantendo alle strutture operative a servizio dell’utenza una adeguata dotazione di apparecchiature biomedicali ed una appropriata ricettività alberghiera. A tale scopo definisce un piano di investimenti per l’acquisizione di attrezzature sanitarie e di manutenzioni straordinarie per l’adeguamento e la messa in sicurezza del patrimonio strutturale e impiantistico, prevedendo anche, a salvaguardia delle tecnologie cosiddette ICT dell’informazione e comunicazione, l’adeguamento *software* e *hardware* delle proprie infrastrutture informatiche nonché l’acquisto di macchine elettroniche a supporto di tutti i Macrocentri e le articolazioni organizzative dell’Azienda.

Con il piano di investimenti 2023, vengono curati gli allestimenti tecnologici e strutturali degli ambiti a maggiore rilevanza per i bisogni assistenziali dell’utenza e viene recepito il programma triennale dei lavori pubblici per gli interventi straordinari di adeguamento del patrimonio immobiliare e impiantistico.

Gli investimenti programmati configurano un impegno economico complessivo sul Bilancio di Previsione 2023 pari ad **euro 64.027.383** (sottostante tab. 1).

Tab. 1 INVESTIMENTI ANNO 2023 (finanziamento da bilancio aziendale)	
a. Manutenzione straordinaria immobili e impianti	43.333.438
b. Acquisti attrezzature sanitarie	16.333.228
c. Acquisti di strumentario chirurgico	762.646
d. Nuove Centrali telefoniche e aggiornamento reti locali	1.229.071
e. Acquisti di macchine elettroniche	580.000
f. Acquisti di mobili e arredi	878.000
g. Ausili per la mobilità personale (carrozze, etc.)	911.000
Totale investimenti (finanziamento: Bilancio aziendale)	64.027.383

Tale piano di investimenti avrà realizzazione secondo le tempistiche tecniche delle procedure e le correlate dinamiche contabili.

Ulteriori interventi altresì coperti da altre fonti di finanziamento - che quindi non hanno impatto sui costi iscritti al bilancio di previsione 2023 - sono configurati sia nell’ambito degli adeguamenti strutturali (art. 20 L. 67/88; PNRR; Finanziamenti CIPE, etc.) che in quello delle acquisizioni di attrezzature sanitarie e elettromedicali (DCA 57/2019; DCA 134/2016), come di seguito compendiate (sottostante tab. 2):

Tab. 2 Investimenti anno 2023 da altre fonti di finanziamento	
h. Lavori di riqualificazione, adeguamenti funzionali ed impiantistici, nuove opere (finanziamento: art. 20 L. 67/88)	17.966.562
i. Lavori diversi alle UOSM/SIR/SPD (finanziamento: fondi regionali)	1.000.000

I. Interventi di cui alla Delega regionale nell'ambito del PNRR Missione 6 Salute ambiti C1 e C2 (Case e Ospedali di Comunità - Centrali operative territoriali - Adeguamenti sismici)	33.182.521
m. Lavori Adeguamenti antincendio Presidi ospedalieri di Battipaglia-Scafati-Polla (finanziamento: CIPE Del. 16/2013)	995.000
n. Lavori Adeguamento Clinica Fischetti (finanziamento: fondi regionali)	200.000
o. Lavori Adeguamento Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura presso Presidio ospedaliero di Nocera (finanziamento : fondi superamento OPG)	250.000
p. Lavori Centro Igiene Urbana Comune di Serre (finanziamento: DGRC 429/2020)	50.000
q. Lavori di adeguamento in ottemperanza a norme Emergenza COVID-19 (finanziamento: DGRC n. 378/2020)	1.000.000
r. Acquisizione attrezzature in ottemperanza a Piano Nazionale Ripartenza e Resilienza (finanziamento: PNRR)	12.234.667
s. DCA 57/2019 (Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica e ammodernamento tecnologico secondo l'evoluzione dettata dalla programmazione regionale)	3.730.000
t. Ammodernamento tecnologico ambulatori distrettuali (DCA 134/2016)	3.270.212
Totale investimenti (finanziamento: altri fondi)	73.878.962

Infine si richiama la delibera ASL Salerno n. 1432 del 15/12/2022 con la quale si prende atto del piano investimenti in tecnologie sanitarie.

Circa il rilevante impatto degli investimenti previsti attraverso i finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si richiamano qui gli interventi individuati per la ASL Salerno per l'attuazione della *Missione 6 – Componente 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria* nonché per la *Missione 6 – Componente C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, volte al potenziamento delle attività territoriali.

Per tali fondamentali azioni l'Azienda dovrà attuare le misure programmate con la delibera n. 1089 del 25/08/2022, con la quale sono state approvate le schede di intervento e i documenti di indirizzo alla progettazione, per la realizzazione delle Case di Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (OdC), strutture indispensabili per la concreta attuazione dei modelli di assistenza territoriale definiti con il richiamato Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022.

In particolare, sono previsti complessivamente per la ASL Salerno:

- n. 33 Case della Comunità;
- n. 13 Centrali operative territoriali;
- n. 8 Ospedali di Comunità.

Sono inoltre in itinere:

- a. la digitalizzazione delle strutture nell'ambito degli input del PNRR verso la completa informatizzazione delle pratiche assistenziali, con particolare rilevanza dell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e nei provvedimenti regionali;
- b. la implementazione di nuove attrezzature sanitarie previste nell'ambito del PNRR per il potenziamento dell'assistenza sanitaria.

- **Beni Sanitari**

La previsione del bilancio 2023 per beni sanitari è definita sulla base del fabbisogno programmato con il c.d. Piano So.Re.Sa. approvato con delibera n. 1167 del 03/10/2021.

Con tale Piano l’Azienda, a valle di uno specifico *audit* rivolto ai Macrocentri gestori del budget, finalizzato ad individuare le effettive necessità assistenziali della domanda espressa e potenziale, definisce annualmente il piano di acquisti di beni e servizi ai sensi del Decreto Commissariale n. 58/2011, da trasmettere a So.Re.Sa. entro il 30 settembre di ogni anno, in aderenza a quanto disposto con legge di stabilità 28 dicembre 2015 n. 208.

Il Bilancio di previsione 2023 garantisce la copertura finanziaria di tale fabbisogno, nel rispetto delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa previste da normative e atti di indirizzo regionali. Nell’ambito di tali norme di settore è da declinare, in particolare, il contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici classe ATC J01, come previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia indicatore D14C. Sono altresì obiettivi primari le misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e all’ individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, in attuazione del Decreto Dirigenziale regionale della Campania n. 405/2021, per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCòAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.

- **Monitoraggio per la corretta applicazione delle procedure amministrativo-contabili**

Premesso che la ASL Salerno, come molte altre Aziende si è dovuta confrontare con il passaggio al nuovo sistema regionale SIAC, la cui complessità di attuazione ha coinvolto tutte le strutture non solo amministrative ma anche sanitarie (dalle Farmacie ai Reparti per la gestione degli armadietti), non si può non tenere conto delle recenti indicazioni fornite dal Collegio Sindacale, e con delibera n. 109/2022/PRSS dalla Corte dei Conti.

La Sezione regionale di controllo per la Campania nella camera di consiglio del 17 novembre 2022, esaminando la pregressa gestione ha formulato rilievi attinenti ad alcune procedure amministrativo-contabili, con cui si invita l’Azienda al rafforzamento dei controlli interni.

A tal fine in un’ottica programmatica di miglioramento, verranno implementate nell’esercizio 2023 le necessarie azioni di risposta, articolate in particolare per:

- A. Rafforzamento della circolarizzazione dei rapporti di credito e debito (sia verso soggetti privati che pubblici), al fine di pervenire ad una adeguata attendibilità dei dati iscritti al bilancio. In tale ambito l’Azienda si gioverà di un supporto straordinario per la revisione della debitoria pregressa, con sollecito ai Macrocentri aziendali per la verifica e liquidazione del fatturato pervenuto, unita ad uno sforzo congiunto con il Collegio Sindacale affinché l’acquisizione di sufficienti e appropriati elementi probativi diventi pratica continuativa e non circoscritta al solo periodo di chiusura del bilancio consuntivo.
- B. Monitorare i costi e ricavi della specifica gestione dell’attività libero-professionale intramoenia. In tale ambito, l’Azienda provvederà ad implementare una specifica contabilità analitica che rilevi

sistematicamente i costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale nel settore della libera professione interna.

- C. Necessità di limitare il ricorso all'istituto della proroga. Per tale obiettivo l'Azienda attuerà azioni di miglioramento attraverso il reclutamento di personale dedicato e l'acquisizione di software, al fine di consentire una migliore programmazione degli acquisti di beni e servizi che incida sulla riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale, compatibilmente con le iniziate delle Centrali di Committenza.
- D. Personale. Al fine di ottimizzare l'utilizzo corrente dei fondi del personale deliberati nel rispetto dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2023, l'Azienda impegnerà le Macrostrutture aziendali attraverso una modalità di gestione budgetaria con monitoraggio trimestrale.
- E. Gestione del Patrimonio. In tale ambito, l'Azienda ha già avviato con gli uffici competenti una interlocuzione, finalizzata ad un percorso di ricognizione giuridico ed economico del patrimonio disponibile, al fine di consentire la valorizzazione e la eventuale dismissione di una parte di esso.

Le suesposte attività vedono sin da ora impegnate le competenti Funzioni Amministrative centrali, che provvederanno a relazionare periodicamente alla Direzione Strategica e al Collegio, al fine di evidenziare gli sforzi per il superamento delle criticità segnalate.

- **Superamento della fase emergenziale COVID**

Con l'esercizio 2023 l'Azienda mira ad un ripristino pieno delle attività e dei volumi prestazionali che nel biennio 2020-2021, e in misura più contenuta anche nel 2022, si erano evidenziati in rilevante diminuzione a causa delle misure di sicurezza anti-Covid imposte dai dettati regionali emanati a fronte delle varie fasi della curva epidemica.

A margine della riflessione maturata all'interno della Unità di Crisi aziendale - come da resoconto del 5/01/2023 (documento prot. 9002/2023) - sugli assetti organizzativi da prediligere nella fase di superamento dell'emergenza, l'Azienda punterà nell'esercizio 2023 ad una gestione flessibile delle articolazioni organizzative dell'apparato aziendale anti-Covid. Ciò al fine di mantenere nel rispetto delle raccomandazioni ministeriali una capacità di risposta tempestiva in tutte le situazioni di gestione dei pazienti Covid ai diversi livelli di gravità ove si rendesse necessario, ed al contempo garantire uno sbocco assistenziale ai pazienti Covid-positivi con patologie prevalenti di altra natura (cardiopatie, traumi, pazienti oncologici, etc.), per i quali necessita una presa in carico in sicurezza ma pienamente efficace nell'aspetto clinico.

Oltre ad una gestione flessibile dei posti letto Covid e delle strutture di Pronto soccorso/Prima accoglienza Covid dei Presidi ospedalieri di Scafati ed Agropoli, verranno mantenuti fino al 31/03/2023 anche i punti vaccinali attualmente operanti, salvo specifiche indicazioni normative intervenienti in relazione all'andamento delle residuali casistiche Covid.

- **Adozione del nuovo Atto Aziendale**

Sulla base delle indicazioni regionali concernenti l'adozione dell'Atto Aziendale, l'assetto organizzativo dell'Azienda verrà riformulato in conformità a quanto disposto in merito alla programmazione regionale rispettivamente, per l'ambito territoriale con il DCA n. 83 del 31.10.2019 e per l'ambito ospedaliero con il DCA n. 103 del 28.12.2018.

In particolare, la rete dell'assistenza territoriale dovrà essere definita in base al richiamato DCA 83/2019 come integrata e modificata dalle Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, allegato n. 1, approvate con Delibera GRC n. 682 del 13 dicembre 2022. In ambito ospedaliero, invece, in ordine al richiamato DCA 103/2018 dovrà tenersi conto dei sottoelencati elementi:

- a. Classificazione dei presidi inseriti nella rete ospedaliera definita in relazione al bacino di utenza;
- b. Reti assistenziali disegnate per la completa e tempestiva presa in carico dei pazienti;
- c. Numero di posti letto per singola disciplina attribuito a ciascun presidio ospedaliero;
- d. Numero di unità operative programmabili nel rispetto della normativa nazionale e regionale riferita agli standard di cui al DM 70/2015 e ai parametri del Comitato LEA articolati nel DCA n. 18/2013.

- **Garantire il diritto alla salute e il conseguimento dei target relativi agli obiettivi LEA**

E obiettivo cardine del triennio 2023-2025 garantire al massimo livello possibile il diritto dei cittadini alla salute.

In tale ottica, sono prioritariamente focalizzati gli obiettivi assistenziali assegnati con la Delibera G.R.C. n. 322 del 21/06/2022 in base alla cosiddetta *griglia LEA*, i cui indicatori e *target* sono illustrati in relazione a ciascuna annualità 2023-2025, nei rispettivi ambiti dipartimentale-distrettuale-ospedaliero.

In termini più generali, sono rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività progettuali programmate in aderenza al Decreto CA n. 134 del 28.10.2016, per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del vigente Piano Sanitario Nazionale, nell'ambito delle Linee di attività ivi previste, ossia:

- Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria
- Linea Progettuale 2: Processi di umanizzazione
- Linea Progettuale 3: Cure Palliative e Terapia del Dolore
- Linea Progettuale 4: Gestione della Cronicità
- Linea Progettuale 5: Reti Oncologiche
- Linea Progettuale 6: Piano della Prevenzione.

Per il personale della Dirigenza, pertanto, agli obiettivi del Piano della Performance sono aggiunti gli obiettivi previsti dalle suddette linee progettuali finanziate con fondi a destinazione vincolata, i cui progetti esecutivi sono attuati in conformità all'apposito Regolamento approvato con delibera n. 593 del 9/07/2019.

- **Garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico**

La garanzia di una buona qualità dell'assistenza è uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare, in considerazione delle crescenti aspettative dei cittadini che richiedono sempre più elevati livelli di assistenza e sicurezza.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle funzioni di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e tutela della salute umana, ha sviluppato un sistema di allerta (Raccomandazioni) per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornendo strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.

L'Azienda ha operato già a partire dall'anno 2015 con provvedimenti volti ad implementare le raccomandazioni ministeriali, anche grazie ad una specifica Struttura aziendale, la UOC Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico, che ne cura direttamente l'evoluzione.

Tale Unità Operativa Complessa, istituita con l'Atto Aziendale dell'ASL Salerno approvato con Decreto CA n. 1 dell'11.01.2017 pubblicato sul BURC n. 5 del 16.01.2017, è competente per l'adozione delle azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.lgs. n. 187/2000, per il cui fine programma e coordina atti di indirizzo, procedure e protocolli volti a garantire la sicurezza delle cure.

L'Azienda ha provveduto a somministrare specifici percorsi formativi ai referenti e facilitatori rischio clinico, individuati in tutte le Unità operative dei Presidi ospedalieri, dei Distretti e del Dipartimento Salute Mentale, sulle più avanzate tecniche e metodiche proattive e reattive del rischio clinico (*audit* clinici organizzativi, valutazione preventiva dei rischi-FMEA, analisi delle cause profonde degli errori-RCA), gestite integralmente con l'ausilio del sistema informatico TaleteWeb per la formazione a distanza.

Allo stato attuale, tutti gli operatori sanitari della ASL di Salerno possono accedere al sistema informatico aziendale che fornisce gli strumenti per migliorare la sicurezza dei pazienti e la sicurezza delle cure, promuovendo la diffusione della cultura della gestione del Rischio Clinico.

Per le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono stati individuati, in accordo con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, un team di referenti che supporta i CIO Presidiali per l'implementazione delle procedure Aziendali e per le attività di sorveglianza delle ICA.

L'ASL Salerno partecipa ai tre Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le infezioni correlate all'assistenza e per le antibiotico-resistenze, i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale Icaro Web:

1. Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (protocollo CCM del 2011);
2. Sorveglianza delle antibiotico-resistenze;
3. Studio di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli Ospedali per acuti.

La competente *UOC Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico* accoglie ed elabora i dati delle UU.OO. Presidiali (segnalazioni di quasi eventi, *near miss*, eventi avversi, segnalazione di eventi sentinella, violenza su operatore, *check list* di sala operatoria) attraverso la collaborazione di una Rete di Referenti (Medici, Infermieri) individuati dalle rispettive Direzioni Mediche di Presidio.

Partecipa, inoltre ai Tavoli Tecnici Regionali per le attività del Rischio Clinico e per la Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Raccoglie, elabora e trasmette alla Regione i dati per gli *Adempimenti LEA Rischio Clinico* relativi all'implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali, all'adozione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria e *check list* ed alla prevenzione e gestione delle cadute nelle Strutture Sanitarie.

Rileva, elabora e trasmette al Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), in ottemperanza di quanto al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) come previsto dal D.M.11/12/2009.

Predisporre i Piani di Miglioramento elaborati a seguito di Eventi Sentinella e ne cura la trasmissione all'Assessorato alla Sanità della Regione Campania e al Ministero della Salute.

Attività da realizzare a partire dal 2023 nell'ambito della sicurezza delle cure sono:

- avvio dell'utilizzo dell'apposito software gestionale acquisito per la compilazione delle *check list* relative all'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- avvio dell'utilizzo del software gestionale per la compilazione dei *bundle* relativi alle ICPA;
- ampliamento a tutti gli operatori della ASL del sistema di formazione e-learning per l'addestramento all'utilizzo del software per le segnalazioni di rischio clinico e la gestione documentale;
- organizzazione di un corso di formazione per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, dedicato in particolare alle infezioni contratte nell'area critica;
- messa in campo di azioni di miglioramento in seguito alla rilevazione dei dati.

- **Garantire il rispetto delle liste d'attesa**

Nell'ambito del Piano Aziendale di Gestione delle Liste d'Attesa approvato con delibera n. 95 del 30/01/2020, l'Azienda pone i seguenti obiettivi in coerenza con le relative linee di intervento del programma attuativo:

1. Rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio;
2. possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
3. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;

4. realizzazione della “*presa in carico*” del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha “*in carico il paziente*” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
5. vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell’attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

● **Attuare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)**

Gli obiettivi strategici che l’Azienda intende perseguire nell’ambito del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, come riportato nell’apposita sezione, che viene approvato con l’atto di adozione del presente PIAO, sono:

1. Promozione della Trasparenza attraverso l’attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l’utenza, con l’aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell’allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2023-2025;
2. Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il monitoraggio dei processi a rischio elencati nell’allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

2.2.4.5 Gli obiettivi operativi

L’albero della performance:
OBIETTIVI OPERATIVI

L’Azienda focalizza gli obiettivi operativi della *performance* 2023 in conformità alla programmazione sanitaria regionale definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale della Campania nonché agli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 322 del 21.06.2022, nei seguenti punti:

- a. Perseguire l’equilibrio economico-finanziario, in continuità con i positivi risultati conseguiti nei pregressi esercizi;
- b. garantire il diritto alla salute in base ai *target* ed obiettivi LEA assegnati;
- c. portare a compimento le procedure di reclutamento del personale in base alle vigenti norme e alle autorizzazioni ricevute dagli Organi regionali;
- d. predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2023-2025 approvato con delibera n. 1494 del 31/12/2022 *Bilancio di Previsione 2023*;

- e. ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell’Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA, in particolare degli indicatori di cui al Nuovo Sistema di Garanzia;
- f. migliorare l’appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all’attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- g. garantire l’attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, approvato con delibera n. 863 del 30/06/2022 e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;
- h. strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
- i. garantire i tempi di pagamento normati;
- j. riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
- k. garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
- l. garantire il rispetto delle liste d’attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività progettuali programmate in aderenza al Decreto CA n. 134/2016, per l’utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli Obiettivi del vigente Piano Sanitario Nazionale nell’ambito delle Linee di attività ivi previste.

In aderenza alle suesposte indicazioni regionali, gli obiettivi operativi sono declinati con i sottostanti prospetti per area assistenziale:

❖ AREA P	- PREVENZIONE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA D	- DISTRETTUALE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA O	- OSPEDALIERA-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA PS	- PROFESSIONI SANITARIE	(Obiettivi Sanitari)
❖ AREA SM	- SALUTE MENTALE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA DP	- DIPENDENZE-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA DT	- DIPART. TERRITORIALE	(Obiettivi sanitari/gestionali)
❖ AREA S	- SUPPORTO-S	(Obiettivi sanitari)
❖ AREA S	- SUPPORTO-A	(Obiettivi amministrativi)
❖ AREA MC	- MACROCENTRI Centrali)	(Obiettivi gestionali assegnati a tutti i Macrocentri e Funzioni Centrali)

❖ AREA P - PREVENZIONE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1. P_S Sistema di Garanzia P01C	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	96,80%	96,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95%	95,0%
2. P_S Sistema di Garanzia P02C	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	95,30%	95,00%	94,00%	95,00%	92,00%	92%	92,0%
3. P_S Sistema di Garanzia P15Ca	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato,	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15a - cervice uterina	La popolazione bersaglio del programma è: a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni.	P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore soglia 35.	12,87%	15,54%	4,50%	13,00%	Cervice ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0.	Cervice ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0.	Cervice ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0.

	per <u>cervice uterina</u>										
4. P_S Sistema di Garanzia P15Cb	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>mammella</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15b -mammella;	La popolazione bersaglio del programma è: b) per mammella popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni.	P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 25.	23,48%	23,41%	26,90%	27,00%	<u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.	<u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.	<u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.
5. P_S Sistema di Garanzia P15Ca	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>colon retto</u>	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15c -colon retto	La popolazione bersaglio del programma è: c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.	P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 35%. Valore soglia 25.	38,20%	1,22%	0,26%	0,60%	<u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.	<u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.	<u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.
6. P_S Sistema di Garanzia P10Z	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza	Fonte dati piattaforma VETINFO SOGLIE INACCETTABILITA' • aziende bovine controllate per anagrafe: 90% • aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% • capi ovicaprini controllati per	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamenti apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)					Valore soglia 70	Valore soglia 70	Valore soglia 70

		alimentare per il cittadino	<ul style="list-style-type: none"> anagrafe: 90% • aziende suine controllate per anagrafe: 90% • aziende equine controllate per anagrafe: 60% • allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% • esecuzione del PNAA: 90% • controlli di farmacovigilanza veterinaria: nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli farmacovigilanza veterinaria8 x 0,3) 							
7. P_S Sistema di Garanzia P12Z	Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	<p>Fonte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 NSIS - PNR • 2 Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti – Pesticidi, “download file dati EFSA”. <p>Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 NSIS – alimenti: flusso vigilanza <p>SOGLIE INACCETTABILITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90% 	<ul style="list-style-type: none"> % = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) 	100%	99,26%			Valore soglia 80	Valore soglia 80	Valore soglia 80

8. P_S DGRC 373/2019	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Controlli sulle Unità locali		N° Unità locali controllate/N° unità locali totali da controllare *100	5,00%	5,00%	3,45%	5,20%	Valore soglia tra 2,5% e 5%	Valore soglia tra 2,5% e 5%	Valore soglia tra 2,5% e 5%
9. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P14C	Indicatore composito sugli stii di vita	Riduzione della proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari	<p>Fonte: Indagini campionarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istat - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" • Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 	<p>Rapporto tra: Numeratore: N. soggetti con punteggio ≥ 2. inteso come somma dei punteggi relativi a :</p> <p>A - INDICATORE_FUMO 0 = non fuma attualmente 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette)</p> <p>B - INDICATORE_ECESSO_PONDERALE 0 = Normopeso + sottop. (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)</p> <p>C - INDICATORE_ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale, binge drinking, fuori pasto)</p> <p>D - INDICATORE_SEDENTARIETA 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero +att. lavor. domes. pesante) 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero+nessuna att.lavor.o domestica pesante)</p> <p>Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.</p>					<	<	<

10. P_S Delibera ASL n. 297/2021	Diffusione e applicazione dei Manuali Operativi Aziendali approvati con delibera n. 297/2021 per la gestione delle emergenze: a) epidemiche; b) non epidemiche; c) sicurezza alimentare.	Applicazione dei Manuali da parte delle UOSD territoriali Veterinarie e di Prevenzione Collettiva	Sinergia fra i piani di emergenza comunali e i manuali operativi aziendali	A) Ceck list per la verifica della della conoscenza e applicazione dei Manuali; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) Somministrazione check-list a tutte le UOSD; B) Relazione	A) Aggiornamento Manuali; B) Somministrazione check a tutte le UOSD; C) Relazione	A) Aggiornamento Manuali; B) Somministrazione check a tutte le UOSD; CB) Relazione
11. P_S	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Verifica e controllo requisiti autorizzazioni delle Strutture Residenziali Assistenziali (RSA)		N° RSA controllate/N° RSA da controllare *100					Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
12. P_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

Redazione a cura: *A. Pacifico - S. Marino - E. Ferullo*

❖ AREA D - DISTRETTUALE-S (Obiettivi sanitari)

N./Rif.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P01C e P02C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). Valore soglia 92		P01C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 P02C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con con la 1° dose / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 Valore soglia 92	96,8% 95,30%	96% 95%	95% 94%	95% 95%	P01C: Copertura ≥ 95% = 100%; tra 92,5% e 95% = 80%; tra 90% e 92,5% = 60; < 90% = 0. P02C: Copertura ≥ 92% = 100%; tra 90% e 92% = 80%; tra 88% e 90% = 60; < 88% = 0.	P01C: Copertura ≥ 95% = 100%; tra 92,5% e 95% = 80%; tra 90% e 92,5% = 60; < 90% = 0. P02C: Copertura ≥ 92% = 100%; tra 90% e 92% = 80%; tra 88% e 90% = 60; < 88% = 0.	P01C: Copertura ≥ 95% = 100%; tra 92,5% e 95% = 80%; tra 90% e 92,5% = 60; < 90% = 0. P02C: Copertura ≥ 92% = 100%; tra 90% e 92% = 80%; tra 88% e 90% = 60; < 88% = 0.
2.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P06C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P06C: Prevenzione influenza rivolta alle persone Anziani ≥ 65 anni Valore soglia 60%		P06C: N° di soggetti ≥ 65 anni di età vaccinati per antinfluenzale / N° di soggetti di età ≥ 65 anni residenti * 100 Valore soglia 60%	63%	61,41%	70,69%	67,39%	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0

3.D_S Nuovo Sistema Garanzia D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1-CIA2- CIA3	Rispetto dei valori soglia: Valore soglia CIA 1 2,6 Valore soglia CIA 2 1,9 Valore soglia CIA 3 1,5	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	1. Totale pazienti CIA1/popolazione residente*1000 2. Totale pazienti CIA2/popolazione residente*1000 3. Totale pazienti CIA3/popolazione residente*1000	2,80%	4,18%	4,00%	3,66%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%
4. D_S Nuovo Sistema di Garanzia_Indicatore D03C	Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO. - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x , 250.3x . Eta: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Eta: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Eta: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.	Numero di ricoveri ordinari per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, ad assistiti di età > = 18 anni		-11,49%	-27,20%	-30,75%	< 2022	< 2023	< 2024

5.D_S DCA 23/2020; Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	Percentuali di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B (breve ≤ 10gg) in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90.	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	A) N. prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B / N. totale di prestazioni della classe B (breve); B) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico		67%	83%		A) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. B) Report e relazione	A) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. B) Report e relazione	A) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. B) Report e relazione
6.D_S (Decreto CA n. 44/2018 e n. 138/2018); Decreto Nuovo Sistema di Garanzia D14C	Contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici Classe ATC J01	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti	A) DDD/mille abitanti die; B) relazione sull'obiettivo specifico					A) ≤ 23 DDD; B) Relazione	A) ≤ 23 DDD; B) Relazione	A) ≤ 23 DDD; B) Relazione

6.D_S_bis Decreto Dirigenziale n. 405/2021	Misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva	Contenimento entro la media nazionale consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 405 del 18/11/2021	Consumo medio procapite e spesa media procapite per ciascuna categoria di farmaci. Relazione sull'obiettivo specifico						<= media nazionale	<= media nazionale	<= media nazionale
7.D_S Area Distrettuale Controllo C.O.M.	Verifiche volumi prestazionali rispetto a Capacità Operative Massime (C.O.M.)	Verifica semestrale	Verifiche volumi rispetto a C.O.M. e permanenza dei requisiti COM	Verbal di verifica semestrale						Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale
8.D_S Area Distrettuale Controllo Accreditamento	Controlli Requisiti accreditamento CC.AA. Ivi comprese RSA	Verifica semestrale	Monitoraggio e verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento CC.AA. Ivi comprese RSA se presente su territorio di competenza	Verbal di verifica controllo semestrale						Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale
9.D_S Area Distrettuale Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri	Verifica mensile	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri d'intesa con la UOSD Monitoraggio e Controllo SDO	Verbal di verifica controllo mensile						Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile

<p>10.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P15C</p>	<p>Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per <u>cervice uterina, mammella, colon retto</u></p>	<p>Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15Ca - cervice uterina; P15Cb -mammella; P15Cc -colon retto</p>	<p>Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: - a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni; - b) per mammella popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni; - c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.</p>	<p>P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore sogia 35. P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) / 2] *100. Valore sogia 25. P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) / 2] *100. Valore sogia 35%. Valore sogia 25.</p>	<p>12,87% 23,48% 38,20%</p>	<p>15,54% 23,41% 1,22%</p>	<p>4,5% 26,9% 0,26%</p>	<p>13% 27% 0,6%</p>	<p><u>Cervice</u> ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0. <u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0. <u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.</p>	<p><u>Cervice</u> ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0. <u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0. <u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.</p>	<p><u>Cervice</u> ≥ 35% = 100%; tra 30% e 35% = 80%; tra 25% e 30% = 60%; < 25 = 0. <u>Mammella</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0. <u>Colon</u> ≥ 25% = 100%; tra 20% e 25% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; < 15 = 0.</p>
<p>11.D_S</p>	<p>Ambulatorio infermieristico distrettuale</p>	<p>Apertura Ambulatorio Infermieristico ≥ 1 giorno a settimana</p>	<p>Linea Progettuale 4 - Gestione delle Cronicità - Progetto Aziendale attivazione Amb.Infermieristico DCA 134/2016. Obiettivo a supporto della riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo</p>	<p>gg. settimanali apertura ambulatorio</p>					<p>gg. ≥ 1 giorno = 100%</p>	<p>gg. ≥ 1 giorno = 100%</p>	<p>gg. ≥ 1 giorno = 100%</p>

			termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco								
12.D_S	Governo del sistema dei flussi informativi	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA		Flussi di competenza e relativa tempistica		100,00%	#####		SI=100% NO=0	SI=100% NO=0	SI=100% NO=0
13.D_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE tramite piattaforma regionale SINFONIA " Sistema Teleconsulto"					Avvio del sistema	> 2023	100%
14.D_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA O - OSPEDALIERA-S (Obiettivi sanitari)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Valore soglia 0,24 decrescente	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri per DRG a rischio di inappropriatazza / (fratto) Numero di DRG non a rischio di inappropriatazza	0,19 (Strutture pubbliche e private accreditate)	0,17 (Strutture pubbliche e private accreditate)	0,15 (Strutture pubbliche e private accreditate)	0,17 (Strutture pubbliche e private accreditate)	Valore ≤ 0,19 = 100%; tra 0,22 e 0,18 = 80%; tra 0,22 e 0,24 = 60 %; > 0,24 = 0	Valore ≤ 0,19 = 100%; tra 0,22 e 0,18 = 80%; tra 0,22 e 0,24 = 60 %; > 0,24 = 0	Valore ≤ 0,19 = 100%; tra 0,22 e 0,18 = 80%; tra 0,22 e 0,24 = 60 %; > 0,24 = 0
2.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (Strutture pubbliche e private accreditate)	Minimo 70% Valore crescente	Sistema informativo SDO.	N°ricoveri colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica Valore Soglia 70%	75,00%				Valore ≥70 = 100%; tra 60-70 = 80%; tra 50 - 60 = 60% < 50 = 0	Valore ≥70 = 100%; tra 60-70 = 80%; tra 50 - 60 = 60% < 50 = 0	Valore ≥70 = 100%; tra 60-70 = 80%; tra 50 - 60 = 60% < 50 = 0
3.O_S Griglia LEA H06Z	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico. Andamento decrescente.	-24,88%	-6,12%	-49,34%	-41,65%	< 2022	< 2023	< 2024

4. O_S	Riduzione degli accessi di tipo medico	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Numero di accessi per ricoveri diurni di tipo medico. Andamento decrescente	-7,71%	-3,07%	-35,21%	-25,69%	< 2022	< 2023	< 2024
5.O_S NSG H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore \geq 60%	Sistema informativo SDO.	N. dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg/numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore*100. Andamento crescente	63,93% (Strutture pubbliche e private accreditate)	58,69% (Strutture pubbliche e private accreditate)	44,82% (Strutture pubbliche e private accreditate)	37,18% (Strutture pubbliche e private accreditate)	Valore \geq 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0	Valore \geq 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0	Valore \geq 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60%; < 40% = 0
6. O_S Nuovo Sistema di Garanzia LEA H17C -H18 C	A) Percentuale parti cesarei primari in maternità di I e II comunque con <1.000 parti; B) Allineamento Flusso SDO-CEDAP.	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00% con rispetto della tempistica SDO-CEDAP almeno nel 95%. Andamento decrescente.	Sistema informativo SDO.	N. dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100). Andamento decrescente.	36,95%	38,28%	38,29%	40,36%	Valore tra 20,01 e 24= 100%; tra 24 e 30= 80%; tra 30 e 40 e in diminuzione = 60%; > 40 = 0; e rispetto delle tempistiche	Valore tra 20,01 e 24= 100%; tra 24 e 30= 80%; tra 30 e 40 e in diminuzione = 60%; > 40 = 0; e rispetto delle tempistiche	Valore tra 20,01 e 24= 100%; tra 24 e 30= 80%; tra 30 e 40 e in diminuzione = 60%; > 40 = 0; e rispetto delle tempistiche

									dei flussi SDO CEDAP nel 95% dei casi	dei flussi SDO CEDAP nel 95% dei casi	dei flussi SDO CEDAP nel 95% dei casi
7. O_S	Screening neonatali	Incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	90%	100%	100%		A) ≥ 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
8. O_S	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Valore < 25 % Andamento decrescente	Solo UU.OO. Chirurgiche	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / N. di dimessi da reparti chirurgici	32,24% (Strutture pubbliche e private accreditate)	29,32% (Strutture pubbliche e private accreditate)	28% (Strutture pubbliche e private accreditate)	23,06% (Strutture pubbliche e private accreditate)	Valore ≤ 25% = 100%; tra 25% e 30% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; > 40%= 0	Valore ≤ 25% = 100%; tra 25% e 30% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; > 40%= 0	Valore ≤ 25% = 100%; tra 25% e 30% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; > 40%= 0
9. O_S Problematica Aziendale	Aggiornamento Registro Tumori	Invio della documentazione richiesta al Registro Tumori entro 15 giorni		Tempistica di invio					Invio entro 15 gg. = 100%; entro 30 gg. = 80%;entro 40 gg. = 60%; > 40 gg. = 0	Invio entro 15 gg. = 100%; entro 30 gg. = 80%;entro 40 gg. = 60%; > 40 gg. = 0	Invio entro 15 gg. = 100%; entro 30 gg. = 80%;entro 40 gg. = 60%; > 40 gg. = 0

10.O_S (Decreto CA n. 44/2018 e n. 138/2018); Decreto Nuovo Sistema di Garanzia D14C	Contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici Classe ATC J01	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti	A) DDD/mille abitanti die; B) relazione sull'obiettivo specifico						A) <= 23 DDD; B) Relazione	A) <= 23 DDD; B) Relazione	A) <= 23 DDD; B) Relazione
11.O_S_bis Decreto Dirigenziale n. 405/2021	Misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva	Contenimento entro la media nazionale consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 405 del 18/11/2021	Consumo medio procapite e spesa media procapite per ciascuna categoria di farmaci. Relazione sull'obiettivo specifico						<= media nazionale	<= media nazionale	<= media nazionale

12.O_S DCA 23/2020; Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	A) Rispetto delle percentuali di prestazioni specialistiche garantite entro i tempi della classe di priorità B (≤ 10 gg.) in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90. B) Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	A) N. prestazioni garantite entro i tempi / N. totale di prestazioni della classe B (breve); B) N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg; C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	n.r.	67,10%				A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione
13. O_S Normativa Nazionale	Recupero Crediti Esteri in Mobilità Sanitaria Internazionale	Recupero delle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.		n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.						Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
14.O_S DGRC 373/2019	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	1,4 giorni	Solo UU.OO. Chirurgiche	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / (fratto) Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	1,59 (Solo Strutture pubbliche)	1,53 (Solo Strutture pubbliche)	1,65 (Solo Strutture pubbliche)	1,43 (Solo Strutture pubbliche)		Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0

15.O_S DGRC 322/2022 DGRC 210/2022	Obiettivi di produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali specialistiche e riequilibrio del setting assistenziale (interni/esterni)	Attuazione delle indicazioni fornite dal Piano Operativo aziendale per il Conseguimento degli obiettivi assegnati con DGRC n. 210/2022 (nota prot. Gen. N. 194829 del 26/09/2022)	A) N. prestazioni complessive B) Rapporto N. prestazioni per esterni / N. prestazioni per interni						A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 210/2022; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 210/2022; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 210/2022; B) 52% esterni/ 48% interni
16.O_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE						> 2022	100%	100%
17.O_S	Primo ciclo di terapia	Erogazione almeno dell'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	Osservanza delle linee guida regionali. Effettuazione delle dimissioni coerente con gli orari di servizio della Farmacia di Presidio	% erogazioni						≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
18.O_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.						Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA PS - PROFESSIONI SANITARIE

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target			
									2023	2024	2025	
AREA OSPEDALIERA UU.OO. A CICLO CONTINUO												
1.PS	Documentazione sanitaria integrata	Utilizzo coordinato della documentazione sanitaria da parte dei medici e degli infermieri		Relazione						Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
2.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Scheda unica di terapia	Adozione della scheda unica di terapia		numero schede adottate / n. pazienti						50%	60%	70%
3.PS	Prevenzione e gestione delle <u>cadute in ospedale</u>	Attuazione della Procedura Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Cadute in Ospedale (delibera n. 571 del 16.06.2015)	Compilazione della scheda per la valutazione del rischio di caduta in reparto	A. numero di schede di valutazione del rischio / n. pazienti a rischio; B. RELAZIONE						A.50%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 60%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 70%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
AREA OSPEDALIERA BLOCCHI OPERATORI												

4.PS	Utilizzo <u>Check list</u>	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici	Attuazione delle indicazioni del Manuale Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (Allegato Delibera ASL n. 239/2012)	N. Interventi Chirurgici / n. interventi con adozione Check list					60%	70%	80%
5.PS	Adesione al Protocollo Nazionale per la sorveglianza delle <u>infezioni del sito chirurgico</u>	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici selezionati	Attuazione delle indicazioni del Sistema Nazionale Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH)	N. Unità operative che aderiscono allo SNICH / N. totale delle UU.OO. Chirurgiche					50%	60%	70%
AREA OSPEDALIERA PRONTO SOCCORSO											
6.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage all'interno del pronto soccorso	Adozione della procedura aziendale di triage in pronto soccorso (allegato alla delibera n. 571 del 16.06.2015)	Formazione adeguata e continua del personale infermieristico e di supporto del pronto soccorso	N. unità infermieristiche dei pronto soccorso formate					50%	60%	70%
AREA TERRITORIALE											
7.PS	Miglioramento della qualità assistenziale ostetrica/infermieristica nell'ambito del Percorso Nascita	Potenziamento della informazione e dell'orientamento al parto fisiologico	Monitoraggio della gravidanza fisiologica in ambito consultoriale con attivazione di ambulatorio dedicato	Giornate settimanali dedicate					≥ 1	≥ 1	≥ 1
8.PS	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Linea Progettuale 4 - Gestione delle Cronicità - Progetto Aziendale attivazione Amb.Infermieristico DCA 134/2016. Obiettivo a supporto della riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo	Giornate settimanali di apertura					≥ 1	> 1	> 1

			termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

❖ AREA SM - SALUTE MENTALE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1. SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D27Z	Contenimento dei Ricoveri ripetuti	Percentuale dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria Valore soglia 6,9	Fonte Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) Numeratore: si considerano ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) Denominatore: si considerano i ricoveri erogati da struttura pubblica o privata accreditata (sono esclusi i pazienti con modalità di dimissione deceduto). Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319).	N. dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria / N. totale dei ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento					≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0

2.SM_S	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	1) Preparazione dell'avviso per la selezione dei cogestori e pubblicazione dell'avviso 2) Avvio di 10 progetti pilota (PTRP) con metodologia di finanziamento innovativo (Budget di salute)	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità • Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio • Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti	Implementazione di progetti terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.					n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota
3.SM_S	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	1) Elaborazione di procedure condivise di presa in carico e seguimiento precoce di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Continuità delle attività del Centro Esordi di Salerno	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità - 3) Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance - Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio - Salute mentale e - Neuropsichiatria Infantile	1) Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionali per la presa in carico e seguimiento di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Mantenimento dei livelli di attività del CD e Residenza Esordi di Salerno					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.SM_S	Flussi Informativi SISM	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA	Invio del flusso entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento					≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55 gg. = 60 %; > 55 gg. = 0

5.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D26C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne		N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni					Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso
6.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D28C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Riduzione del Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.		N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni					Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso
7.SM_S	Contrasto ai disturbi della condotta alimentare	Attivazione Centro Residenziale Regionale per i Disturbi Alimentari e incremento/mantenimento quota percentuale di pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in regime Residenziale e in seguimiento ambulatoriale	Rete assistenziale regionale per i disturbi della condotta alimentare	1) N. pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in Residenza / n. totali pazienti inseriti in residenza; 2)N. pazienti provenienti da territori extraziendali seguiti in regime ambulatoriale/ n. totali pazienti seguiti in regime ambulatoriale					1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2021 ≥ 75%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2022 ≥ 75%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	1) Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 2023 ≥ 75%; 2) n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.
8.SM_S NSG D28C	Presa in carico pazienti con disturbi dello spettro autistico.	Implementazione dei percorsi di presa in carico secondo le indicazioni regionali	Osservanza delle indicazioni di cui alla nota Presidente Giunta Regione Campania n. 15721 del 23/07/2022	Formulazione del modello di presa in carico e grado di implementazione					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.SM_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE					> 2022	100%	100%

10.SM_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.						Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo
---------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	-------------------	-------------------	-------------------

❖ **AREA DP - DIPENDENZE-S (Obiettivi sanitari)**

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1.DP_S DCA n. 86/2016	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP), mantenimento/incremento dei volumi d'utenza	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.	N. pz presi in carico					≥ 2022	≥ 2023	≥ 2024
2.DP_S DCA n. 8172018 DCA n. 86/2016	Formazione specialistica sul tema GAP	Corsi di formazione specialistica sul tema GAP in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco, volto alla efficace individuazione dei casi e alla relativa presa in carico.		Numero corsi di formazione					Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie

3.DP_S DCA n. 86/2016	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	Mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcol, stupefacenti, tabacco)	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve (IPIB Alcool). Definizione e monitoraggio dei PTRI. Counselling e screening di eventuali altre dipendenze. Attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto	N.pazienti presi in carico					≥ 2022	≥ 2023	≥ 2024
4.DP_S DCA n. 69/2016	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	Incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Progetto EPASERD, campagna di prevenzione e utilizzo dei test rapidi linguali	A) N. di pz sottoposti a screening;					A ≥ 2022	A ≥ 2023	A ≥ 2024
5.DP_S DCA n. 86/2016	Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali	Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giudiziarie	Riqualificazione dei programmi di trattamento con Enti Ausiliari regionali accreditati (Comunità). Incremento delle sessioni congiunte per le buone pratiche dei trattamenti	N. dei ricoveri in strutture extraregionali con esclusione di quelli emessi direttamente dalle Autorità giudiziarie					A ≥ 2022	A ≥ 2023	A ≥ 2024
6.DP_S	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	Contributo delle Associazioni di Volontariato nella definizione dei percorsi assistenziali	Incontri di verifica sui casi specifici	Numero di Associazioni coinvolte nei programmi di assistenza					Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
7.DP_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE					> 2022	100%	100%

8.DP_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.						Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo
--------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	-------------------	-------------------	-------------------

❖ AREA DT - DIPARTIMENTO TERRITORIALE

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Z DCA 134/2016	Coordinamento delle attività per le Cure Domiciliari	A) Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1-CIA2- CIA3 : Valore soglia CIA 1 2,6 Valore soglia CIA 2 1,9 Valore soglia CIA 3 1,5 B) Potenziamento della presa in carico degli	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento. Riferimento al DCA 134/2016. Implementazione delle procedure di dimissione protetta per fratture di	1. Totale pazienti CIA1/popolazione residente*1000 2. Totale pazienti CIA2/popolazione residente*1000 3. Totale pazienti CIA3/popolazione residente*1000	2,80%				A) Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

		anziani e implementazione della dimissione protetta.	femore e pazienti oncologico.								
2. DT DCA 134/2016	Coordinamento delle attività per le Cure Palliative	Incremento della presa in carico di utenti in cure palliative	Riferimento al DCA 134/2016	A) Numero di utenti presi in carico in cure palliative; b) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) >; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.DT DCA 108/2014 ; DGRC 716/2016	Sanità Penitenziaria	Valutazione pericolosità sociale	Riferimento a: DCA 108/2014; DGRC 716/2016	Relazioni all'Autorità Giudiziaria per soggetti con misure di sicurezza	N. 100	N. 100			Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico dei minori area penale	Riferimento a: DGRC 567/2017	N. minori presi in carico con progetto integrato (Neuropasichiatri a infantile-SER.D.- Piano di zona) / rispetto alle richieste dell'Autorità Giudiz.	100%	100%			100%	100%	100%
5.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico integrata dei detenuti tossicodipendenti con manifestazioni psichiche	Riferimento a: DGRC 716/2016	A) N. detenuti in carico con progetto integrato (SER.D.- Piano di zona) / Popolazione dei detenuti tossicodipendenti ; B) Relazione con	10%	10%			A) ≥ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

				referimento all'obiettivo specifico							
6.DT	Coordinamento delle attività di Assistenza riabilitativa e protesica	<p>A) Presa in Carico utenti in: A.1 assistenza riabilitativa; A.2 Assistenza protesica;</p> <p>B) Informatizzazione e delle procedure in raccordo con gli Organi Regionali;</p> <p>C) Monitoraggio dei volumi di prestazioni e dei tetti di spesa contrattualizzati per Macroarea assistenza riabilitativa</p>	<p>Ass. Riabilitativa: Riferimenti: Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania- BURC n. 22 del 03 maggio 2003 - Contratti Centri Accreditati Ass. Riabilitativa ed ASL Salerno per gli esercizi 2022-23 (rif. limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati). Ass. Protesica: Riferimento: DPCM 12 gennaio 2017 e DM 1999 - Attivazione ciclo di ricondizionamento.</p>	<p>A.1) N. Progetti Riabilitativi Integrati; A.2) N. UVBR e n. PRI Informatizzati A.3) N. Autorizzazioni rilascio dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) per Ass. Protesica ; A.4)N. ausili ricondizionati.</p> <p>B) Relazione</p>	<p>A.1 Ass.riabilitativa : n. 9500;</p> <p>A.2 Ass. protesica: n. 5678</p>	<p>A.1 Ass.riabilitativa : n. 12.941</p> <p>A.2 Ass. protesica: n. 6100</p>	<p>A.1 Ass. riab. n.4927 utenti 0-18 aa +n. 4966 utenti > 18 aa</p> <p>Ass.prot. n. 12818 utenti.</p>	<p>A) ≥</p> <p>B) Monitoraggio UVBR- Informatizzazione e PRI≥50% PRI prescritti - Monitoraggio autorizzazione PRI / tetto di spesa per struttura</p> <p>C) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico</p>	<p>A) ≥</p> <p>B) Monitoraggio UVBR - Informatizzazione procedure ≥65% PRI prescritti - Monitoraggio autorizzazione PRI /tetto di spesa per struttura.</p> <p>C) Ricondizionamento o ausili≥30-35% prescrizioni</p>	<p>A) ≥</p> <p>B) Monitoraggio UVBR - Informatizzazione procedure ≥70% PRI prescritti - correlazione PRI / Tetti di spesa Aziendali per Centri accreditati</p> <p>C) Ricondizionamento ausili≥45-50% prescrizioni</p>	

7.DT	Controllo Requisiti Accreditamento Centri Accreditati Ass. Riabilitativa, post-acuzie e lungodegenza.	Supporto alle attività distrettuali per Monitoraggio e Verifica permanenza requisiti di accreditamento strutture ambito riabilitativo ex art. 26 e codice 56 e 60.	Riferimenti: Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania-BURC n. 22 del 03 maggio 2003 - Contratti Centri Accreditati Ass. Riabilitativa ex art.26 e Case di Cura codici 56 e 60 ASL Salerno per gli esercizi 2022-23	<p>A.1. Programmazione ed implementazione Sistema Informativo Aziendale per monitoraggio requisiti centri accreditati ex art. 26, in collegamento con UOC CED ed UOC Ass. Accreditata ASL SA.</p> <p>A.2. Programmazione Sistema Informativo Aziendale per monitoraggio requisiti e gestione accessi utenti nelle strutture codici 56 e 60, in collegamento con UOC CED ed UOC Ass. Accreditata ASL Salerno.</p>				<p>A.1 Centri Accreditati ex art. 26 n.33</p> <p>A.2 Case di cura /Centri accreditati codice 56 e 60 n. 4</p>	<p>A.1 Programmazione Sistema Informativo Aziendale per monitoraggio Centri Accreditati ex art. 26</p> <p>A.2. Programmazione Sistema Informativo Aziendale per monitoraggio strutture codici 56 e 60</p>	<p>A.1 Implementazione Sistema Informativo per monitoraggio Centri Accreditati ex art. 26.</p> <p>A2. Implementazione Sistema Informativo Aziendale per monitoraggio strutture codici 56 e 60</p>	<p>A.1 Formazione Operatori dedicati al Sistema Informativo Centri ex art.26 e istituzione cabina di regia distrettuale/aziendale</p> <p>A2. Formazione Operatori dedicati al Sistema Informativo Codici 56 e 60 e istituzione cabina di regia distrettuale/aziendale</p>
------	---	--	---	--	--	--	--	---	---	---	---

❖ AREA S - SUPPORTO-S (Obiettivi sanitari)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione del dato
					2023	2024	2025	
1.S_S	Verifica tecnica del rispetto dei tetti di spesa per gli operatori privati accreditati	Rispetto dei tetti di spesa per singolo ambito	Verifiche di periodo a tre mesi	A) Percentuale di strutture monitorate B) Relazione	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Assistenza accreditata
2.S_S DCA 66/2016	Attuazione dei decreti commissariali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	Incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e documentale alle UCAD distrettuali.	A) Percentuale di farmaci con brevetto scaduto sul totale dei farmaci. B) Relazione sulle attività svolte.	A) > 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti
3.S_S DCA n. 44/2018 DCA 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01 entro le 23 DDD	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti dei	A) DDD/mille abitanti die (territ.); DDD/10 gg. Degenza r.o. (osped.); B) Relazione sull'obiettivo specifico	A) < 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti - PP.OO.

4.S_S DCA 56/2019; DCA 25/2020	Coordinamento e monitoraggio delle Attività Libero Professionale intramurarie	Miglioramento della governance dell'attività ALPI e definizione del Piano aziendale	A) Pianificazione attività ALPI; B) Anagrafica dei professionisti svolgenti attività ALPI; C) Proposte strumenti per garantire omogeneamente l'attività del medico competente in ALPI; D) Indicazioni e orientamenti ai Macrocentri/Uffici Periferici ALPI	A) Adozione Piano Aziendale ALPI; B) Documento anagrafica dei professionisti svolgenti ALPI e relative tariffe e prestazioni; C) Documenti e relazione per garantire omogeneamente l'attività del medico competente in ALPI; D) Relazione.	A) adozione Piano ALPI 2023; B) Invio per la successiva pubblicazione sul sito web anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	A) adozione Piano ALPI 2024; B) Pubblicazione aggiornamento anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	A) adozione Piano ALPI 2025; B) Pubblicazione aggiornamento anagrafiche ALPI; C) relazione su obiettivo specifico relativo all'attività di medico competente D) Relazione.	CUP - Liste d'Attesa - ALPI
5.S_S DCA 52/2019; DCA 23/2020	Coordinamento e gestione del Centro Unico di Prenotazione e Call Center aziendale	A) Gestione centralizzata e potenziamento del CUP aziendale e del Call Center. B) Utilizzo di nuove tecnologie informatiche per l'apertura di nuovi canali di accesso alle attività di prenotazione	A) Riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali tramite CUP e adeguamento agli aggiornamenti normativi; B) Utilizzo delle nuove tecnologie informatiche per la gestione del servizio di prenotazione	A) Percentuale di aggiornamento delle agende di prenotazione e report. B) Percentuale di agende di prenotazione fruibili con le nuove tecnologie e relazione	A) > 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	CUP - Liste d'Attesa - ALPI
6.S_S Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	A) Rispetto delle percentuali di prestazioni specialistiche garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90. B) Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	A) N. prestazioni garantite entro i tempi / N. totale di prestazioni della classe B (breve); B) N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg; C) Report e relazione	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A-B) Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0. C) Report e relazione con riferimento all'obiettivo specifico	CUP - Liste d'Attesa - ALPI

7.S_S	Coordinamento delle attività di Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri		A) N. controlli; B) Relazione sull'attuazione dei controlli previsti dal DCA n. 21/2018 e s.m.i. e dal Nuovo Sistema di Garanzia LEA	A) > 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Monitoraggio e controllo SDO
8.S_S	Coordinamento delle attività di: - Specialistica ambulatoriale; - Assistenza Primaria; - Pediatria di Libera Scelta	A) Predisposizione e Pubblicazione BURC delle graduatorie di cui all'ACN Specialistica ambulatoriale. B) Rilevazione ed eventuale copertura degli ambiti territoriali carenti per Assistenza Primaria e Pediatria di Libera Scelta.		N. Graduatorie e relazione con riferimento agli obiettivi specifici	Relazione con riferimento agli obiettivi specifici	Relazione con riferimento agli obiettivi specifici	Relazione con riferimento agli obiettivi specifici	Assistenza primaria
9.S_S	Riorganizzazione della medicina territoriale secondo l'Accordo Integrativo Regionale di Medicina Generale	Consolidamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e definizione degli obiettivi specifici	Tavoli di lavoro con i Coordinatori AFT per l'analisi dei temi di interesse specifico della Medicina Generale e Zona Distretto	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Assistenza primaria
10.S_S	Programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con riferimento ai LEA socio-sanitari)	Supporto alla Direzione Strategica e alle Strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali sottesi al sistema socio-sanitario		Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario
11.S_S	Dimissione socio-sanitaria protetta	Formulazione di protocolli per la dimissione socio-sanitaria protetta		Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario

12.S_S	Flusso Informativo Socio-Sanitario	Rispetto della tempistica del Flusso FAR; Miglioramento qualità dei dati conferiti		A) SI/NO B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario
13.S_S	Equità in salute	Integrazione socio-sanitaria dei migranti e senza fissa dimora	Potenziamento degli ambulatori STP (Stranieri temporaneamente presenti), della informazione e della dotazione strumentale	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Area integrata della fragilità
14.S_S	Coordinamento delle attività di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico	A) Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali. B) Sicurezza in sala operatoria. C) Adesione al Sistema Nazionale di Monitoraggio Eventi Sentinella (SIMES)	A) Partecipazione allo studio europeo mediante la rilevazione con apposite schede dei fattori di rischio, delle procedure invasive, delle infezioni e degli antibiotici prescritti, a carico dei pazienti ricoverati. B) Adozione del manuale della sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni ministeriali e adozione della check-list. C) Alimentazione del flusso informativo regionale-ministeriale, con compilazione delle apposite schede in caso di evento sentinella	A) Rapporto annuale regionale della Direzione Generale per la Tutela della Salute; Rapporto annuale nazionale del CCM; Rapporto annuale europeo del ECDC. B) Percentuale di interventi chirurgici con compilazione della check-list. C) Percentuale schede compilate in casi sentinella	A)) Almeno 1 Presidio partecipante allo studio; B) 100%; C) 100%.	A)) Almeno 1 Presidio partecipante allo studio; B) 100%; C) 100%.	A)) Almeno 1 Presidio partecipante allo studio; B) 100%; C) 100%.	Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico
15.S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA	Monitoraggio degli indicatori LEA per la riduzione dei tagli cesarei primari	Riferimento Griglia LEA e Progetto percorso nascita ASL Salerno di cui al DCA 134/2016. Applicazione delle check-list ministeriali (DM 11.11.2015) sui requisiti minimi dei punti nascita aziendali pubblici e privati. Riqualificazione delle attività consultoriali per il percorso nascita e garanzia dei LEA. Offerta attiva di partoanalgesia su almeno 2 punti nascita, con relativa formazione.	A) Indicatore LEA percentuale TC primari; B) relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Direzione Sanitaria aziendale / Monitoraggio e controllo SDO

		Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "i primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Direzione Sanitaria aziendale / Monitoraggio e controllo SDO
		Monitoraggio delle fratture di femore	Riferimento Griglia LEA	A) Percentuale dei pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Direzione Sanitaria aziendale / Monitoraggio e controllo SDO
16.S_S	Coordinamento delle attività di competenza del Servizio Ispettivo e Nucleo Operativo di Controllo (NOC)	Controlli presso le strutture di erogazione e relative proposte connesse ai risultati dei controlli	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Servizio ispettivo e NOC
17.S_S	Formazione del personale	A) Promozione della formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'erogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale al fine di favorire la crescita professionale degli operatori e la condivisione delle politiche operative. B) Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Ricognizione del fabbisogno formativo in sinergia con i Macrocentri aziendali. Procedure di accreditamento ECM	A) Relazione sulle attività formative realizzate e relativa ricaduta nella crescita professionale degli operatori B) Atto di approvazione annuale del Piano Aziendale di Formazione	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	Formazione e aggiornamento

18.S_S	Ascolto dei cittadini	A. Realizzazione di una indagine di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; B. Gestione dei reclami	Somministrazione del questionario ed elaborazione dei dati. Elaborazione dei dati relativi ai reclami pervenuti agli Uffici URP territoriali ed ospedalieri.	A) Elaborazione e pubblicazione sul portale aziendale dei dati sul grado di soddisfazione dell'utenza; B) Relazione trimestrale sui reclami pervenuti.	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione territoriale ed 1 ospedaliera	URP
19.S_S	Farmacovigilanza	Sicurezza dei farmaci e vaccini	Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci e/o vaccini, tramite la diffusione della prevista modulistica AIFA, da inviare al Responsabile Farmacovigilanza ASL da parte di: Medici di MMG; Medici ospedalieri, Farmacisti dipendenti e convenzionati, Distretti sanitari, Dipartimenti, Odontoiatri, infermieri, ostetriche e comuni cittadini	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico
20.S_S	Realizzazione del Piano Investimenti 2023-2025 per le acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali	Promozione dello sviluppo e adeguamento tecnico e tecnologico mediante il potenziamento e l'ammodernamento delle apparecchiature sanitarie biomedicali	Realizzazione delle acquisizioni programmate	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Valutazione tecnologie sanitarie
21.S_S	Tempi di intervento Servizio Emergenza 118	Rispetto dell'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso pari a 20', di cui al Nuovo Sistema di Garanzia LEA	Fonte del dato: Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR- Flusso informativo del 118, DM 17 dicembre 2008 e s.m.)	N. minuti tra la chiamata al 118 e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso, corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi	20'	20'	20'	Emergenza - COT 118 - Urgenza territoriale
22.S_S	Attività Commissioni Invalidi Civili	Coordinamento tecnico e funzionale delle attività delle Commissioni Invalidi Civili (L. 104/92; L. 68/99)		Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Medicina legale / Distretti

23.S_S	Comunicazione Telematica Accertamento di Decesso	Coordinamento delle procedure per la trasmissione del 100% degli Accertamenti di decesso per via telematica all'Istituto INPS entro le 48 ore (art. 1 legge 23 dicembre 2014, n. 190, commi 303 e seguenti)	Nota Giunta Regionale Campania prot. N. 0245443 del 16/04/2019. Nota Direttore Generale ASL Salerno prot. 117789 del 9/05/2019.	A) Percentuale di Accertamenti di decesso trasmessi all'INPS per via telematica entro le 48 ore. B) Relazione	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Medicina legale
24.S_S	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi secondo le vigenti norme e gli indirizzi del datore di lavoro		A) Aggiornamento DVR B) Relazione	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Prevenzione e Protezione
25.S_S	Sicurezza sul lavoro	Documento di valutazione dei rischi interferenti (DUVRI art. 26 D.Lgs. 81/08) per gare di appalto		Report annuale	1 report annuale	1 report annuale	1 report annuale	Prevenzione e Protezione
26.S_S	Sicurezza sul lavoro	Elaborazione di procedure aziendali di sicurezza		Report annuale	1 report annuale	1 report annuale	1 report annuale	Prevenzione e Protezione
27.S_S	Monitoraggio infortunistica	Report sugli infortuni aziendali		Report annuale	1 report annuale	1 report annuale	1 report annuale	Prevenzione e Protezione
28.S_S	Attività Medici Competenti	Coordinamento dei medici competenti e protocolli di sorveglianza sanitaria	Almeno 1 incontro semestrale di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	Numero di incontri semestrali di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione
29.S_S	Formazione sulla sicurezza dei lavoratori	Corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori		N. di corsi	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione
30.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Supporto alle attività di riconversione dei Presidi Ospedalieri in funzione delle risposte all'emergenza Covid		Report annuale	1 report annuale	1 report annuale	1 report annuale	Prevenzione e Protezione

31.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Distribuzione DPI	Almeno 1 consegna settimanale di DPI a tutti i macrocentri che ne facciano richiesta secondo le esigenze e le disponibilità in magazzino	Fornitura settimanale dei DPI a tutti i macrocentri	≥ 1 / sett.	≥ 1 / sett.	≥ 1 / sett.	Prevenzione e Protezione
32.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Valutazione tecnica per acquisto e ricezione DPI	Verifica delle caratteristiche e di idoneità tecniche dei DPI da acquistare o ricevere da protezione civile	Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione
33.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Supporto alla campagna vaccinale	Verifica preliminare dei requisiti per l'apertura di punti vaccinali aziendali e territoriali	Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione
34.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Distribuzione tamponi e kit sierologici per lavoratori aziendali e categorie di cittadini ad enti locali per campagne di screening		Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione
35.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Attività di sorveglianza sanitaria con prelievo ai lavoratori per attività di screening anticorpale		Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione
36.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	Supporto ad altre U.O. per idoneità misure anticovid	Verifica idoneità misure anticovid su richiesta di U.O. per erogazione di contributi a strutture private	Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione
37.S_S	Sicurezza Emergenza COVID	supporto alla campagna vaccinale	Distribuzione di tessera vaccinale ai lavoratori aziendali e cittadini	Report annuale	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	1 report annuale con riferimento allo specifico obiettivo	Prevenzione e Protezione

❖ **AREA S - SUPPORTO-A** (Obiettivi amministrativi)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione del dato
					2023	2024	2025	
1.S_A	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Costo a consuntivo - Budget economico assegnato	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
2.S_A	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Economico Finanziaria
3.S_A	Riduzione delle proroghe contrattuali	Riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale	Miglioramento della programmazione degli acquisti	N. di proroghe contrattuali	< 2022	< 2023	< 2024	Risorse umane
4.S_A	Monitoraggio dei costi e ricavi dell'Attività intramoenia	Determinazione dei costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale in ambito di libera professione.	Implementazione della contabilità analitica nell'ambito dell'attività intramoenia	Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	CUP - Liste d'Attesa - ALPI / Controllo di gestione
5.S_A	Gestione e valorizzazione del Patrimonio	Ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico		A) Grado di implementazione dell'inventario beni immobili B) Relazione	A) < 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali

6.S_A	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2023-2025	Grado di implementazione del sistema	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	RPCT / Macrostrutture
7.S_A	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione approvato con Del. N. 863 del 30/06/2022	Relazione della Struttura Organizzativa sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza / Macrostrutture
8.S_A	Attuazione Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori		Report/Indicatore tempi di pagamento e relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Economico Finanziaria
9.S_A	Accordi Asl Creditori per la risoluzione del contenzioso	Sottoscrizione accordi	Governo dei processi amministrativo contabili con sinergia tra UOC Affari Legali e UOC Gestione dei Flussi Finanziari ed E.G.	A) n° di accordi sottoscritti; B) Relazione	A) n° ≥ 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari Legali e Gestione economico-finanziaria
10.S_A	Contenimento dei costi legali per gli incarichi esterni	Riduzione del n° cause con incarichi esterni	Attività di difesa giudiziale e stragiudiziale	Percentuale incarichi esterni	≤ 2022	≤ 2023	≤ 2024	Affari legali
11.S_A	Procedure di cui al DCA n°27/2019 per il contenimento del contenzioso in fase esecutiva	Aumento delle prese d'atto e delle determine per la definizione stragiudiziale dei contenziosi esecutivi	Contenimento dei costi grazie alla chiusura anticipata del contenzioso esecutivo. Prese d'atto dei contenziosi relativi ai Centri ass.accr.ta-fornitori e ai Macrocentri	n° determine	≤ 2022	≤ 2023	≤ 2024	Affari Legali

12.S_A	Verifica dei progetti finanziati da terzi	Ricognizione delle attività di progetto e verifica sulla corretta gestione dei fondi vincolati	Anagrafica dei progetti finanziati (CIPE, Regione, etc.). Report su assegnazioni e utilizzi	Anagrafe e relazione.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Economico Finanziaria
13.S_A	Attuazione del Piano di investimenti di edilizia sanitaria e ammodernamento strutturale	Realizzazione del Piano degli Investimenti 2023-2025 e del Piano dei Lavori al fine di: a) ammodernamento e ripristino delle strutture; b) adeguamento alle normative antincendio; c) efficientamento energetico		A) Grado di realizzazione del piano investimenti; B) relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali
14.S_A	Acquisti in convenzioni CONSIP e mercato elettronico	Incremento della quota di acquisti di beni e servizi effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico	Indicatori Circolare 2 Funzione Pubblica DFP-0080611-P-30/12/2019	Spesa effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico / Spesa totale per beni e servizi	> 2022	> 2023	> 2024	Gestione acquisizione beni e servizi ed economato
15.S_A	Ottimizzazione delle procedure acquisti	Perfezionamento entro il 31.12.2023 : a) procedure acquisto di rilievo comunitario; b) procedure non di rilievo comunitario; c) adesione convenzioni CONSIP		N. procedure annuali perfezionate entro il 31 dicembre: a) di rilievo comunitario; b) non di rilievo comunitario; c) adesione convenzioni CONSIP.	a) ≥ n. 2 b) ≥ n. 40 c) 100%	a) ≥ n. 2 b) ≥ n. 40 c) 100%	a) ≥ n. 2 b) ≥ n. 40 c) 100%	Gestione acquisizione beni e servizi ed economato
16.S_A	Ottimizzazione dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi di liquidazione delle forniture		N. giorni intercorrenti tra la registrazione fattura e la pubblicazione determina di liquidazione	< 2022	< 2023	< 2024	Economico Finanziaria
17.S_A	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		A) Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni. B) Relazione	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

18.S_A	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni		A) Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni. B) Relazione	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
19.S_A	Attuazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione di cui al DCA n. 67/2019	Manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale	Linee guida di cui al DCA n. 67/2019. Allegato 2 DCA n. 27/2019.	A) Grado di implementazione del sistema (n. report in pubblicazioni sui 17 report previsti); B) Relazione	A) 8/17; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 17/17; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Consolidamento; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Controllo di Gestione
20.S_A	Adozione delle procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n. 27/2019 in coerenza con il nuovo sistema integrato SIAC	Adozione delle procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n.27/2019 in seguito al passaggio al nuovo sistema contabile integrato SIAC		Grado di implementazione del sistema	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
21.S_A	Comunicazione istituzionale	Aggiornamento del Piano annuale di Comunicazione		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Comunicazione
22.S_A	Supporto agli Organi di vertice	Garanzia delle attività amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Segreterie Direzione Strategica
23.S_A	Riscontro ai rilievi del Collegio Sindacale	Riscontro entro 30 giorni alle osservazioni del Collegio Sindacale		A) Percentuale dei rilievi riscontrati entro 30 giorni; B) Relazione	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
24.S_A	Digitalizzazione dei documenti amministrativi	Consolidamento della digitalizzazione delle proposte di delibera		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari generali / SIA

25.S_A	Reclutamento personale	Avvio 100% dei reclutamenti autorizzati, secondo il Piano triennale adottato		N. reclutamenti con procedure avviate (pubblicazione bando) / N. reclutamenti previsti	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; tra 70% e 80% = 60%; ≤ 70% = 0	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; tra 70% e 80% = 60%; ≤ 70% = 0	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; tra 70% e 80% = 60%; ≤ 70% = 0	Risorse umane
26.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico e nelle Linee guida per la compilazione del Conto Annuale di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del DCA 53/2019		Utilizzo del flusso informativo per la Compilazione del Conto Annuale del personale. Relazione sul grado di implementazione.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Risorse umane
27.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale Convenzionato	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale convenzionato secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico di cui all'Allegato 1 del DCA 55/2019		Utilizzo del flusso informativo per la verifica delle voci di bilancio e dei dati inseriti nei modelli ministeriali. Relazione sul grado di implementazione.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Risorse umane
28.S_A	Amministrazione digitale	Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata		Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo
29.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza	Incremento dei sistemi on line di servizio ai cittadini	Indicatori Circolare 2 Funzione Pubblica DFP-0080611-P-30/12/2020	A) N. di servizi on line B) Relazione	A) > 2022 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2023 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo

30.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	> 2022	100%	100%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / SIA
31.S_A	Implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Avvio delle azioni programmate secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	Linee guida regionali di cui alla DGRC n. 682 del 13/12/2022 Governance PNRR di cui al DL n. 77 del 31/05/2021 convertito in Legge 29/07/2021 n. 108	% di avanzamento dei lavori e delle acquisizioni progettate in ambito PNRR	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali / Tecnologie biomediche / SIA
32.S_A	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

❖ **AREA MC – MACROCENTRI (Obiettivi gestionali assegnati a tutti i Macrocentri e Funzioni Centrali)**

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Valore Anno 2018	Valore Anno 2019	Valore Anno 2020	Valore Anno 2021	Target		
									2023	2024	2025
1.G	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Differenza consuntivo - budget					≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%

2.G	Circularizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.G	Applicazione del Codice di Comportamento	Partecipazione del personale dipendente al Corso di formazione a distanza implementato sulla piattaforma FAD aziendale	Monitoraggio sul grado di partecipazione del personale dipendente dei vari Macrocentri al Corso di formazione sul Codice di Comportamento sulla piattaforma aziendale.	A) N. di partecipanti al corso su piattaforma aziendale Talete- WEB; B) Relazione					A) > B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.G	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazioni prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2021-2023 approvato con delibera n. 416 del 30 marzo 2021	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4bis.S_A	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione approvato con Del. N. 863 del 30/06/2022	Relazione della Struttura Organizzativa sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza					Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
5.G	Acquisti in convenzioni CONSIP e mercato elettronico	Incremento della quota di acquisti di beni e servizi effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico	Indicatori Circolare 2 Funzione Pubblica DFP-0080611-P-30/12/2019	Spesa effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico / Spesa totale per beni e servizi					> anno precedente	> anno precedente	> anno precedente

6.G	Ottimizzazione dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi di liquidazione delle forniture	Nota Direzione Amministrativa aziendale PG/2020/69795	N. giorni intercorrenti tra registrazione fattura e adozione determina di liquidazione (pubblicazione)					< anno precedente	< anno precedente	< anno precedente
7.G	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni. Relazione					100%	100%	100%
8.G	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Registrazione delle fatture entro 15 giorni		Quota di registrazioni fatture effettuate entro i 15 giorni. Relazione					100%	100%	100%
9.G	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.					Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

A fronte dei contenuti del presente piano, permane a base dell'intero sistema di programmazione aziendale il principio della responsabilità individuale e collettiva, in quanto mezzo e fine da perseguire con l'apporto e il coinvolgimento di tutti gli operatori, per una adeguata diffusione degli obiettivi aziendali ed una condivisione dei principi e dei valori sottesi, affinché il contenuto del presente documento divenga effettivo strumento di lavoro e di orientamento dei processi, dei comportamenti e delle azioni quotidiane di tutti.



2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Piano triennale di Prevenzione
della Corruzione e Programma
triennale della Trasparenza e
dell'integrità

2023- 2025

2.3.1 Premessa

Il presente aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione (di seguito, PTPC), disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'ASL Salerno per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità.

Il presente PTPC viene redatto in attuazione:

1. della Legge 6 novembre 2012, n. 190, ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" e in conformità allo "Schema di Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – 2021" ed ai relativi allegati:
 - Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi;
 - Rotazione del personale;
 - Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del RPCT.
2. del documento "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza – Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", approvato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in data 2 febbraio 2022.

Il Piano, accoglie il concetto di corruzione nell'accezione più ampia prevista dal legislatore, volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione sono quindi più ampie della fattispecie penalistica disciplinata negli articoli 318, 319 e 319 ter del codice penale – ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari -, tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Con l'adozione del presente PTPC si intende fornire, *in primis*, ai Dirigenti Responsabili un adeguato strumento di strategia e programmazione da condividere e veicolare necessariamente a tutti i dipendenti e/o collaboratori per prevenire e contrastare all'interno dell'ASL ogni tipo di corruzione.

Azioni 2020

- con Deliberazione n. 280 del 15.11.2019 è stato nominato Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dott. Pierluigi Pappalardo;
- con Deliberazione n. 103 del 31.01.2020 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2020 - 2022" (PTPCT).
- Con Deliberazione n. 447 del 15.04.2020 "Programma triennale della trasparenza e dell'integrità 2020 - 2022 adottato con deliberazione n. 103 del 31.01.2020. Modifiche." sono state approvate delle modifiche al programma per la trasparenza e l'integrità.

Azioni 2021

Con Deliberazione n. 416 del 30.03.2021 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2021 - 2023" (PTPCT).

Azioni 2022

- con Deliberazione n.860 del 30. 06.2022 è stato nominato Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dott. Gaetano Memoli, essendo il Dott. Luigi Pappalardo collocato in quiescenza.

Il PTPCT, inserito nell'ambito del PIAO 2023 dell'ASL Salerno, successivamente alla sua adozione, viene pubblicato sul sito internet aziendale, nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione.

2.3.2 Obiettivi e azioni del piano

Il sistema organico di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 prevede l'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione da realizzarsi mediante un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione.

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

Il PTPCT fornisce una valutazione del livello di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio ed è predisposto ogni anno entro il 31 gennaio.

Finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tale riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto – esterno ed interno -, la valutazione del rischio che, a sua volta, è suddivisa in: a) identificazione; b) analisi; c) ponderazione e trattamento del rischio; d) identificazione e programmazione delle misure di prevenzione.

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

1. identificazione dei soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo, delle funzioni attribuite e delle relative responsabilità;
2. le misure di prevenzione della corruzione che, a loro volta, possono essere:
 - a. *generali*: incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione;
 - b. *specifiche*: incidono su problemi specifici, individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento (allegato 2 - "Catalogo dei Processi a rischio – anno 2023");
3. il programma triennale per la trasparenza e l'integrità (Allegato 3).

2.3.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici che l'ASL Salerno intende perseguire per l'anno 2023 sono:

3. Implementazione del **Corso di Formazione FAD "La diffusione e la condivisione del Codice di Comportamento interno nelle Aziende Sanitarie Locali e gli obblighi del dipendente pubblico"**, rivolto,

in una prima fase, al personale dirigente dell'ASL e, successivamente, allargato anche al personale di comparto;

4. Completamento del **Corso di Formazione FAD dal titolo "Il codice dei contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi"**, rivolto al personale dell'ASL con funzioni di RUP;
5. Verifica analitica dello stato di implementazione del Programma per la trasparenza e l'integrità;
6. Revisione delle aree di rischio e mappatura dei relativi processi, secondo la metodologia prevista dall'ANAC.

2.3.4 I soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione ed i loro compiti

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASL Salerno sono:

- ✓ il Direttore Generale;
- ✓ il Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza e l'integrità;
- ✓ il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità;
- ✓ i dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto, UOC, UOSD, UOS;
- ✓ il Collegio Sindacale
- ✓ l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- ✓ UPD- Uffici per i Procedimenti Disciplinari;
- ✓ la UOC Formazione e Aggiornamento
- ✓ i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

2.3.4.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

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

2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità

- esercita la propria attività in osservanza a quanto previsto dall'allegato 3 al "Piano Nazionale Anticorruzione 2019" dell'ANAC;
- predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;
- verifica l'attuazione del Piano, elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre
- l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute, che impongono ulteriori adempimenti, e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta,
- predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa;
- definisce percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;

- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'Azienda (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze);
- vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;
- cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
- programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.

Il RPCT non ha personale esclusivo, dedicato a svolgere le attività previste dalla normativa e richiamate nel presente Piano.

Il Dott. Gaetano Memoli è stato nominato RPCT dell'ASL Salerno con Delibera n. 860 del 30 giugno 2022.

2.3.4.3 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità

In considerazione della complessità e numerosità degli adempimenti, delle problematiche affrontate dalla normativa relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e delle funzioni dell'ASL Salerno, viene individuato un gruppo di lavoro di supporto che coadiuva il RPCT nelle seguenti attività:

- redige atti di natura generale (regolamenti, circolari operative, ecc.);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità e, eventualmente, della sua modifica;
- collabora nell'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e di proposte delle relative misure di prevenzione;
- collabora alla definizione del piano di formazione annuale;
- monitora l'attuazione della conoscenza del Codice di Comportamento aziendale nelle varie articolazioni aziendali sulla base dei report trasmessi annualmente dai dirigenti responsabili delle stesse articolazioni aziendali (art. 15 co. 3, DPR 62/2013);
- collabora all'attività di controllo sul rispetto degli adempimenti degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza (art. 43, co 1, D.Lgs. 33/2013).

I partecipanti al gruppo di lavoro relazionano, almeno con cadenza annuale, al Responsabile Prevenzione della Corruzione sull'attività svolta, su eventuali criticità e proposte di miglioramento relative alla prevenzione della corruzione e alla Trasparenza amministrativa.

2.3.4.4 I Dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Socio-Sanitario, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice

- forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllano costantemente le attività più esposte al rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;

- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione
- osservano le misure contenute nel PTPCT.

2.3.4.5 Il Collegio Sindacale

- verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche su quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

2.3.4.6 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

- partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte, attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione (PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2);
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprime parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda;
- assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, attribuendo rilevanza al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio;
- verifica, in particolare, l'assolvimento degli obblighi di vigilanza e controllo da parte dei dirigenti sull'attuazione e sul rispetto del Codice di Comportamento, prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

2.3.4.7 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari

- collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento;
- vigila sull'applicazione del codice di comportamento aziendale;
- cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione del codice di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento;
- può chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento

Con Delibera n. 173 del 05.02.2021, è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'ASL Salerno.

2.3.4.8 La UOC Formazione e Aggiornamento

- cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal presente piano e dal programma per la trasparenza.

2.3.4.9 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell’Azienda

Tutti i dipendenti ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell’Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- osservano le misure contenute nel presente piano;
- segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall’Azienda e inserite nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti, sia dal personale del comparto che della dirigenza, nonché da tutti i collaboratori a qualsiasi titolo.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1 comma 14 Legge n. 190/2012).

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell’Azienda o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti. È fatta salva l’eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all’Azienda, anche sotto il profilo della reputazione.

2.3.4.10 Gli Stakeholders

L’Azienda promuove forme di consultazione, con il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, del cui esito occorre tenere conto in sede di elaborazione del PTPCT e di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

2.3.4.11 Nomine legate alle attività di prevenzione

Specifiche nomine collegate alle attività di prevenzione della corruzione:

- ***Nomina Responsabile Prevenzione della corruzione e della trasparenza***

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza è il Dott. Gaetano Memoli (Delibera n. 860 del 30.06.2022).

- ***Nomina del Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA***

Il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) è la Dott.ssa Vanessa Mazziotti, Direttore della UOC Gestione dell’Acquisizione dei beni e servizi ed Economato.

- **Nomina del “Gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio è il Dott. (Delibera n. 69 del 18.01.2021).

- **Nomina del Responsabile per la transizione digitale, art. 17 D.Lgs. n. 82 del 07.03.2005 e s.m.i. (codice dell’amministrazione digitale)**

Il Responsabile per la transizione al digitale (RTD) è il Dott. Vito Gianni (Delibera n. 1397 del 22.12.2020), Direttore della UOC Servizio Informativo Aziendale.

Con Deliberazione n. 65 del 18.01.2021 è stato adottato il “Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo”.

La normativa antiriciclaggio ha lo scopo di contrastare la circolazione del denaro proveniente da azioni illegali, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni che si sostanziano, in via generale, nel divieto o nella limitazione all’uso dei contanti, nell’obbligo di identificazione e verifica dell’identità del cliente e del titolare effettivo dello svolgimento delle operazioni previste in materia di antiriciclaggio, nella corretta ed ordinata conservazione dei dati raccolti, nella segnalazione delle operazioni sospette, nell’attività di formazione specifica del personale.

Il regolamento intende fornire le opportune indicazioni di comportamento nell’ambito dei processi aziendali dell’ASL Salerno, di competenza delle varie UU.OO. interessate, finalizzate al contrasto dei fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.

Con Delibera n. 1397 del 22.12.2020, è stato nominato il Responsabile per la transizione digitale. Il processo di riforma avviato dal D.Lgs. 82/2005 e s.m.i. (Codice dell’Amministrazione digitale), pone in capo ad ogni amministrazione pubblica la funzione di garantire l’attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione, centralizzando in capo ad un ufficio unico il compito di conduzione del processo di transizione alla modalità operativa digitale ed altresì dei correlati processi di riorganizzazione, nell’ottica di perseguire il generale obiettivo di realizzare un’amministrazione digitale aperta, dotata di servizi facilmente utilizzabili e di qualità attraverso una maggiore efficienza e qualità.

2.3.5 Collegamento con il Piano delle Performance aziendali

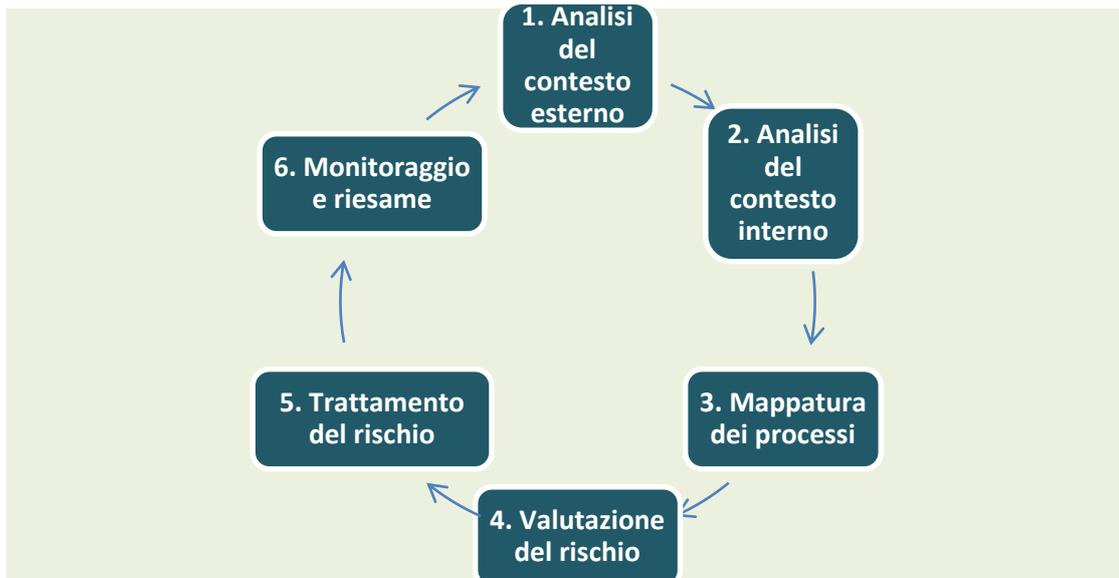
L’efficacia delle attività di prevenzione e contrasto della corruzione che l’ASL Salerno pone in atto dipende dal coinvolgimento e dalla collaborazione di tutti i dipendenti dell’Azienda. Per tale ragione è necessario che il contenuto del Piano sia coordinato con gli altri strumenti di programmazione strategica e operativa aziendale, individuando i collegamenti tra obiettivi definiti nel PTCPT e gli obiettivi strategici definiti dal Piano delle Performance 2023–2025 e Direttiva anno 2023, e più in generale, con gli ulteriori documenti di programmazione contenuti nel PIAO 2023-2025.

2.3.6 Il processo di gestione del rischio di corruzione

L’ANAC fornisce una serie di indicazioni metodologiche e articola il **processo di gestione del rischio di corruzione** nelle seguenti fasi:

1. *analisi del contesto esterno;*
2. *analisi del contesto interno;*
3. *mappatura dei processi;*

4. *valutazione del rischio;*
5. *trattamento del rischio;*
6. *monitoraggio e riesame.*



2.3.6.1 L'analisi del contesto

Attraverso l'analisi del contesto, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (*contesto esterno*), sia alla propria organizzazione ed attività (*contesto interno*).

2.3.6.1.1 Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

In altri termini, la disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in che misura, il contesto territoriale o settoriale di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale.

Da un punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno è riconducibile sostanzialmente a due tipologie di attività:

- l’acquisizione dei dati rilevanti;
- l’interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione del rischio corruttivo.

La scelta dei dati da utilizzare per realizzare l’analisi del contesto esterno deve essere ispirata a due criteri fondamentali:

- la rilevanza degli stessi rispetto alle caratteristiche del territorio o del settore;
- il bilanciamento delle esigenze di completezza e sintesi, dal momento che l’amministrazione dovrebbe reperire e analizzare esclusivamente i dati e le informazioni utili a inquadrare il fenomeno corruttivo all’interno del territorio o del settore di intervento.

A tal fine può rivelarsi utile che nel PTPCT venga fornita evidenza specifica di come l’analisi di contesto esterno abbia portato elementi utili alla rilevazione di aree di rischio da esaminare prioritariamente, alla identificazione di nuovi eventi rischiosi, alla elaborazione di misure di prevenzione specifiche.

2.3.6.1.2 Le metodologie di misurazione della corruzione

La misurazione della corruzione è diventata una questione molto attuale. Misurare la corruzione è molto difficile e non esiste una strategia priva di lacune o margini di errore.

Le principali strategie di misurazione attualmente utilizzate possono essere classificate in:

- **misure giudiziarie** – sono relative a statistiche giudiziarie (denunce, arresti o condanne). Questa strategia si riferisce alla corruzione definita con criterio legalistico, relativa a un’esperienza diretta del fenomeno e riguarda la corruzione che si è già manifestata. Hanno il vantaggio di essere oggettive e dettagliate. Gli svantaggi sono legati alla loro scarsa utilità ai fini della prevenzione, dal momento che si riferiscono ad un fenomeno più ristretto dell’integrità e sono elaborate con un notevole ritardo temporale dall’evento, dipendono dall’efficienza del sistema giudiziario e dalla fiducia che i cittadini hanno nel sistema giudiziario e nelle forze dell’ordine.
- **misurazioni basate sulla percezione** – si basano sull’utilizzo di indici globali di percezione della corruzione. Hanno il vantaggio di essere comparabili a livello internazionale, rilevare degli aspetti importanti per le politiche di prevenzione e promozione dell’integrità. Gli svantaggi sono legati al fatto che le percezioni possono cambiare rapidamente senza alcun fondamento oggettivo, sono condizionate a livello locale dalle differenti interpretazioni e schemi culturali di che cosa costituisca effettivamente la corruzione, sul fatto che alcune persone possono non avere una valida base conoscitiva ed esperienziale per esprimere la propria percezione.
- **misurazioni basate sull’esperienza** – si basano sull’utilizzo di indici che rilevano l’esperienza diretta degli intervistati (e non la percezione) di episodi di corruzione. Queste misure hanno tutti i vantaggi delle misure percettive, ma ne contengono fortemente i limiti.

Per quel che riguarda una analisi dettagliata del contesto esterno, si rinvia a quanto contenuto nel "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2020 - 2022" (PTPCT), approvato con Delibera n. 103/2020, di cui il presente documento costituisce una integrazione e aggiornamento.

Per quel che riguarda le novità intervenute dal 2020 in poi relative al contesto esterno, occorre prestare particolare attenzione alle problematiche collegate all'emergenza COVID-19 che hanno fortemente condizionato le attività poste in essere dalle Aziende sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Come evidenziato da Transparency International Italia e React, *“l'emergenza Covid19 sta richiedendo estremi sforzi al Sistema Sanitario Nazionale. I governi stanno mobilitando risorse economiche senza precedenti e il governo centrale attribuisce poteri straordinari a commissari nazionali e regionali. Molti appalti pubblici vengono aggiudicati ed eseguiti con procedure accelerate, i benefici economici vengono riconosciuti sulla base di semplici autocertificazioni, incredibili quantità di dati clinici e sanitari vengono raccolti quotidianamente ed entrano nel patrimonio pubblico. Tutto ciò significa che i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di “normalità”. Come accaduto in passato in occasione di eventi di particolare importanza, assistiamo anche oggi, durante questa emergenza sanitaria, sociale ed economica così straordinaria, al moltiplicarsi dei rischi di corruzione e di altri comportamenti contrari all'interesse collettivo, perpetrati proprio a causa dell'urgenza richiesta”*.

I principali settori definiti a rischio sono:

1. APPALTI E CONTRATTI PUBBLICI - L'approvvigionamento nei sistemi sanitari è una delle attività più colpite dalla corruzione. Con la necessità di nuove forniture di dispositivi medici e di medicinali si registrerà un ulteriore stress per gli appalti. L'uso delle procedure d'urgenza, giustificato in questo momento, espone a una serie di nuovi rischi, legati alla riduzione dei tempi, alla concentrazione di poteri decisionali, all'asimmetria informativa nella scelta dei beni da acquistare (es. quali mascherine, quali macchinari per le analisi...).

Possibili soluzioni:

- **Processi contrattuali trasparenti** - Procedure contrattuali aperte e rese trasparenti in modo tempestivo (ad es. il portale CONSIP) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando a corrotti e corruttori meno spazio di manovra.
- **Whistleblowing** - Efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera del monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

2. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO - La gestione e la distribuzione di materiali e dispositivi clinici di protezione, in tempi normali, non sono particolarmente a rischio di corruzione. La cura delle persone colpite dal virus richiede però particolari misure di sicurezza per il personale sanitario. In questo periodo di emergenza, la rilevanza (non solo commerciale) di beni come mascherine, occhiali protettivi e gel disinfettante è aumentata incredibilmente. Di conseguenza, è cresciuto il rischio che il personale abusi dell'accesso a tali beni per appropriarsene indebitamente o – peggio ancora – per trarne profitto.

Possibili soluzioni:

- **Prevedere procedure di emergenza** - Individuare le procedure di distribuzione del materiale in situazioni di crisi, anche per riscontrare eventuali anomalie relative alla disponibilità dei materiali;
- **Proteggere il materiale** - Conservare i materiali in luoghi accessibili solo da un responsabile della distribuzione che risponda delle eventuali mancanze;

- **Marchiare il materiale di protezione** - Rendere riconoscibili i beni (con il nome dell'ente proprietario o un marchio indelebile) ed evidenziare la non commerciabilità all'esterno renderebbe più rischioso sottrarre i beni;
- **Whistleblowing.**

3. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE - Nell'ambito delle sperimentazioni, le regole ordinarie sono derogate: i promotori (incluse le aziende farmaceutiche) possono pagare direttamente spese straordinarie a chi partecipa alla sperimentazione; i responsabili del trattamento dei dati possono autorizzare le condivisioni via internet di dati, riprese video e documenti per il monitoraggio delle sperimentazioni. I direttori delle farmacie ospedaliere possono autorizzare iperprescrizioni per coprire intervalli più lunghi e disporre consegne tramite corrieri, mentre gli esami possono avvenire in strutture private non riconosciute.

Possibili soluzioni:

- **Disclosure dei clinical trials** - Pubblicare in modo immediato, aperto e gratuito tutti i dati sulle sperimentazioni e gli studi clinici in possesso della pubblica amministrazione, togliendo qualsiasi incentivo a corrompere chi può avere accesso ai dati.
- **Trasparenza sulla spesa pubblica** - La trasparenza nei confronti dei cittadini sarà inoltre necessaria per quanto riguarda le misure adottate dallo Stato per avviare la ripresa economica dopo questa crisi. È essenziale che i meccanismi che regolano la scelta di questo o quell'investimento siano comprensibili e rispettino i principi applicabili in questo settore, entro i termini previsti dall'emergenza.

4. TRAFFICO DI DATI CLINICI - Nel gruppo di esperti che affianca il Governo nell'analisi di tutti i dati sul COVID-19 siedono docenti universitari, funzionari delle istituzioni, amministratori di startup, consulenti, manager di multinazionali e di fondazioni private. Devono gestire il proprio ruolo evitando i conflitti di interessi e i rischi di trarre vantaggio (magari per il proprio ente) dalla propria posizione. I dati sul COVID-19 sono raccolti e gestiti dal personale delle strutture sanitarie pubbliche e private, ma il lavoro a distanza ha moltiplicato gli accessi a questi dati dall'esterno, e la possibilità di copiarli, memorizzarli e trasferirli dal salotto di casa.

Possibili soluzioni:

- **Disclosure dei clinical trials** - Pubblicare in modo immediato, aperto e gratuito tutti i dati sulle sperimentazioni e gli studi clinici in possesso della pubblica amministrazione, togliendo qualsiasi incentivo a corrompere chi può avere accesso ai dati;
- **Aumento della sicurezza informatica** - Individuare le misure di sicurezza tecnologiche per aumentare la tracciabilità dei dati, il controllo degli accessi e monitorare le attività dei dipendenti che hanno accesso ai dati. Ridurre e monitorare i soggetti che hanno accesso ai dati. (NB: ai fini di prevenire la corruzione, l'applicazione della prima misura rende superflua la seconda ed è molto più economica);
- **Predisposizione di un codice di comportamento ad hoc** - I codici di comportamento (o condotta) e le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi sono strumenti poco efficaci. Chi ha la possibilità di accedere a informazioni che possono dare vantaggi importanti deve sottoscrivere un codice di comportamento ad hoc che preveda sanzioni severe in caso di violazioni e adeguata pubblicità agli interessi personali.

2.3.6.1.3 Il contesto interno

L'analisi del contesto interno 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:

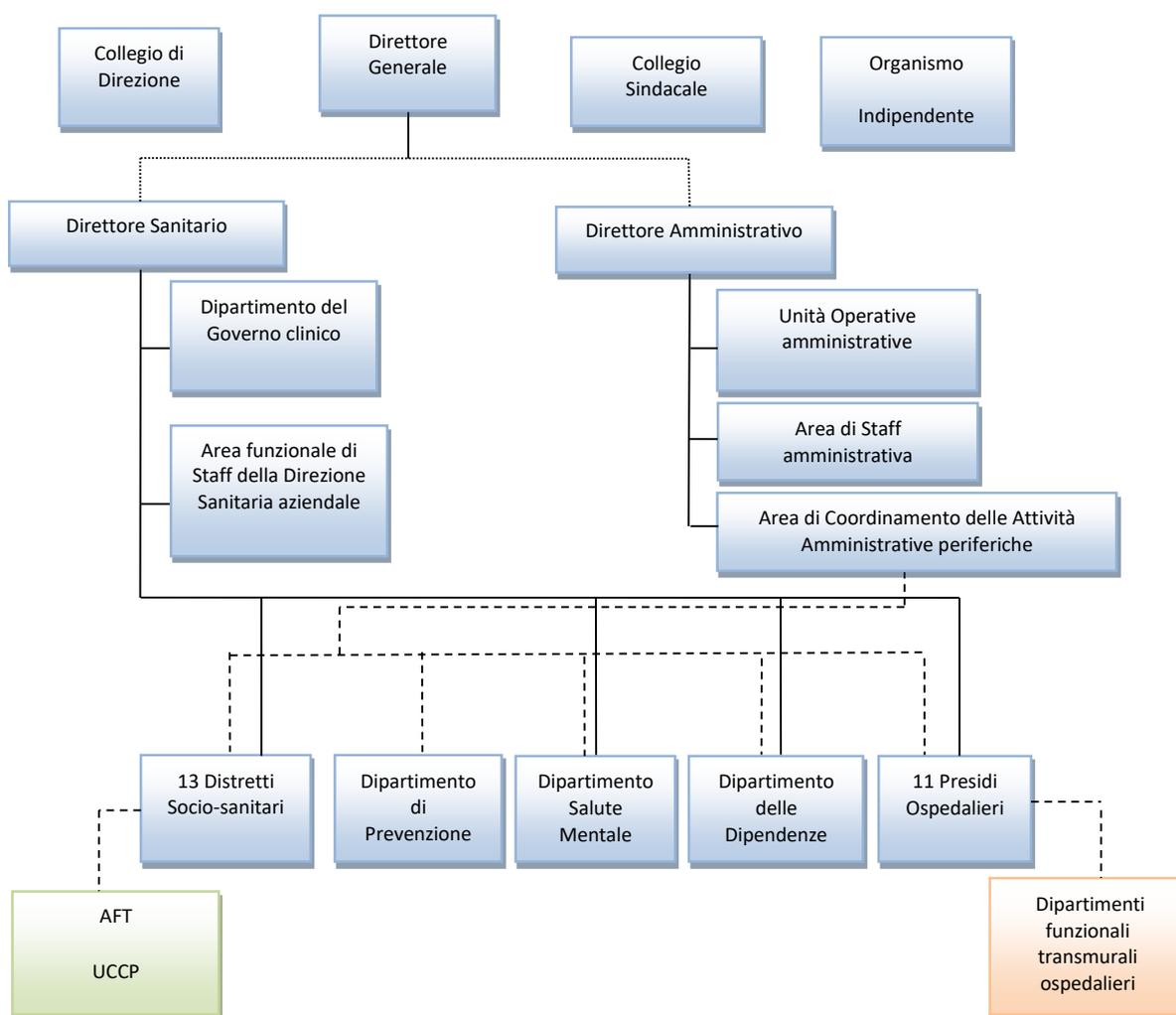
- il sistema delle responsabilità;
- il livello di complessità dell'amministrazione.

Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

2.3.6.1.4 La struttura organizzativa

Il modello organizzativo dell'Azienda è sintetizzabile nello schema di seguito rappresentato:

ORGANIGRAMMA ASL SALERNO



Per una descrizione puntuale del contesto aziendale, si rinvia:

- all’Atto Aziendale dell’ASL Salerno, approvato con D.C.A. n. 1 del 11.01.2017;
- alla Carta dei Servizi dell’ASL Salerno;
- alle altre sezioni del PIAO.

2.3.6.2 La mappatura dei processi

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

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

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

Gli elementi utili per la descrizione di un processo sono:

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

3. **Rappresentazione del processo** – esistono a riguardo diverse modalità di rappresentazione, tra cui la rappresentazione grafica e quella tabellare.

La legge 190/2012 e i Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti dal 2013 ad oggi, individuano alcune aree che, in base all’esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell’ambito

delle pubbliche amministrazioni. Queste aree sono state via via integrate ed aggiornate e sono state classificate in obbligatorie, generali e specifiche¹.

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

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

2.3.6.3 La valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione dei rischi di eventi corruttivi finalizzata ad individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive (*trattamento del rischio*).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- ✓ **l'identificazione del rischio**, con l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo; tale fase deve portare con gradualità alla creazione di un "*Registro degli eventi rischiosi*" nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione;
- ✓ **l'analisi del rischio**, con il duplice obiettivo, da un lato, di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è quindi necessario:
 - a) scegliere l'approccio valutativo, accompagnato da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi;
 - b) individuare i criteri di valutazione;
 - c) rilevare i dati e le informazioni;
 - d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato;

¹ La Tabella 3 "Elenco delle principali aree di rischio" dell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" al PNA 2019, contiene la sintesi più aggiornata delle aree di rischio suddivise per Amministrazioni ed Enti interessati, le definizioni delle aree di rischio ed i principali riferimenti normativi.

- ✓ **la ponderazione del rischio**, con lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione del singolo processo o delle sue attività. Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori, si perviene ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, allo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento).

2.3.6.4 Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, la progettazione e la programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e la loro stabilità nel tempo. Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono alle misure generali di trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su problemi peculiari.

Il trattamento del rischio dovrà quindi avvenire mediante:

- a) individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:
 - la presenza e l'adeguatezza di misure generali e/o di controllo pre-esistenti, valutandone il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio nonché la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio stesso;
 - adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
 - graduazione delle misure rispetto al livello di esposizione;
- b) programmazione delle misure generali e specifiche, ossia individuazione delle fasi (e/o modalità) di attuazione della misura, delle tempistiche e delle responsabilità connesse all'attuazione stessa e degli indicatori di monitoraggio.

2.3.6.5 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, finalizzata a verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione individuate nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendone le eventuali modifiche necessarie.

A riguardo, si possono distinguere due sottofasi:

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

2.3.7 Le misure generali di prevenzione della corruzione

2.3.7.1 Il codice di comportamento

Nell’ambito delle misure di prevenzione del PTPCT, i codici di comportamento costituiscono lo strumento che più di altri si presta a regolare la condotta dei funzionari orientandole alla migliore cura dell’interesse pubblico.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell’OIV. Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell’amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale – approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 – al fine di integrarli e specificarli.

L’adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione, perseguita a livello di amministrazione decentrata attraverso i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione, elaborato in stretta sinergia con esso.

Gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue, sono infatti coniugati in misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) nonché in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Anno 2014

L’ASL Salerno ha approvato il proprio codice di comportamento con Delibera n. 336 del 24 marzo 2014.

Anno 2020

Con Delibera n. 1283 del 30.11.2020, è stato aggiornato e adottato, in via preliminare, un nuovo Codice di Comportamento dell’ASL Salerno.

L’aggiornamento è stato reso necessario a seguito delle Delibere ANAC n. 358 del 29.03.2017 “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” e n. 177 del 19 febbraio 2020 “Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle amministrazioni pubbliche”, che hanno introdotto significativi elementi di novità nella composizione dei codici.

Il Codice è stato approvato preliminarmente ed è stato sottoposto a procedura aperta alla partecipazione pubblica.

Anno 2021

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 426 del 07.04.2021, è stato approvato in via definitiva il nuovo “Codice di Comportamento dell’ASL Salerno”.

Al fine di promuoverne i contenuti è stato implementato uno specifico corso di formazione FAD la cui partecipazione verrà gradualmente allargata a tutti gli operatori dell'ASL Salerno.

2.3.7.2 Le misure di disciplina del conflitto di interessi

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

Il conflitto può essere:

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

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

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

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

Rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'ASL, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'ASL, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;

- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti ASL, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'ASL, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 29/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);
- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"², presentano una situazione di conflitto di interessi.

In generale, tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

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

2.3.7.3 Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi

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

² Secondo il Comma 6 D.Lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:

- a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) la utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- c) la partecipazione a convegni e seminari;
- d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
- f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
- f-bis) attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.

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

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

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

2.3.7.4 Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

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

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

2.3.7.5 Gli incarichi extraistituzionali

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

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

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

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

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

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

2.3.7.6 Divieti post-employment (Pantouflage)

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

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

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

2.3.8 La formazione nell'ambito del PTPCT

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

Pertanto, il RPCT individua, in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e con l'Organo di indirizzo, i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi.

Anno 2020

Le iniziative di formazione previste per il 2020 hanno subito forti rallentamenti a causa dell'emergenza COVID-19 che ne ha fortemente condizionato l'implementazione. Tuttavia, è stato possibile realizzare il Corso di formazione FAD **"La diffusione e la condivisione del codice di comportamento interno nella PA**

e gli obblighi del dipendente pubblico” messo a disposizione del personale dipendente dell’ASL, in forma obbligatoria per alcune tipologie di dipendenti e per gli altri in forma volontaria, a partire dai primi mesi del 2021. Il corso è ancora attivo per l’anno 2022.

Anno 2022

Per l’anno 2022 è in corso di Implementazione il Corso di Formazione FAD **"Il codice dei contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi"**, rivolto al personale dell’ASL con funzioni di RUP.

Anno 2023

Per l’anno 2023 è prevista la prosecuzione del suddetto corso di formazione FAD.

2.3.9 La rotazione ordinaria

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

L’istituto della rotazione ordinaria va distinto dall’istituto della c.d. rotazione straordinaria, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione “del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

La rotazione del personale deve essere considerata quale misura organizzativa preventiva 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. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

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

2.3.10 La rotazione straordinaria

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

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

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

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

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, la sua durata, le misure alternative in caso di impossibilità, le conseguenze sull'incarico dirigenziale, sono oggetto di specifica Delibera ANAC³.

2.3.11 La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

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

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione che segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire. Tale segnalazione (cd.whistleblowing) è, pertanto, un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico.

Il whistleblowing è, dunque, la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower, il cui scopo principale è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

Anno 2020

Nel corso del 2020 è stata implementata l'applicazione on line per la segnalazione di illeciti o irregolarità e comunicazioni ritorsive, ai sensi dell'art. 54-bis, D.Lgs. 165/2001 (c.d. Whistleblowing).

L'applicazione è stata fornita **gratuitamente** dall'ANAC ed è pienamente rispondente alle prescrizioni di sicurezza e tutela del segnalante previste dalla normativa vigente.

La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza (RPCT) che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima, infatti, viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà "dialogare" con il RPCT in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica. Ove ne ricorra la necessità il RPCT può chiedere l'accesso all'identità del segnalante, previa autorizzazione di una terza persona (il cd. "custode dell'identità").

È possibile accedere alla piattaforma attraverso il sito Web aziendale: Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione.

³ Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001".

2.3.12 La segnalazione anonima

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

- a) non presentino alcuna sottoscrizione;
- b) rechino una sottoscrizione illeggibile;
- c) pur apparendo riferibili a un soggetto non consentano, comunque di individuarlo con certezza;

non saranno prese in considerazione.

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

2.3.13 Consultazione e comunicazione

La fase di consultazione e comunicazione consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione;
- attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

2.3.14 Percorso attuativo di certificabilità

Il PNA 2015 ha, al suo interno un approfondimento riguardante la Sanità e i diversi ambiti corruttivi che caratterizzano questo settore. Tra questi la Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione dei compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Anche in questa area è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

A riguardo, il PNA 2015, segnala che la realizzazione del programma di lavoro previsto dal **"Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)"** dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN⁴ rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

La Regione Campania, con Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del SSR campano n. 27 del 05.03.2019 ha approvato il documento recante le procedure amministrative

⁴ Decreto del Ministero della Salute e del MEF, 1 marzo 2013

contabili che disciplinano le attività operative e di controllo minime e necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendali e quindi l'attendibilità dei dati contabili, articolato in: Immobilizzazioni; Crediti e ricavi; Disponibilità liquide; Rimanenze; Personale; Patrimonio netto; Debiti e Costi; Contenzioso.

Le procedure amministrativo contabili presenti nel DCA devono essere recepite e adottate dalle singole Aziende del SSR mediante apposito atto formale con specifica evidenza dei soggetti responsabili delle attività ivi rappresentate e possono essere soggette a successive ulteriori modifiche e/o integrazioni a seguito della loro implementazione presso i singoli enti.

2.3.15 Il programma triennale per la trasparenza ed integrità

Per trasparenza si intende la "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

La trasparenza assume rilievo non solo per la realizzazione di una "buona amministrazione" ma anche come misura di prevenzione della corruzione nonché promozione dell'integrità e della cultura della legalità (vedi *Allegato 3*).

La principale novità del d.lgs. n. 97 del 2016 in materia di trasparenza ha riguardato il nuovo diritto di accesso civico generalizzato a dati, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria delineato nell'art. 5. Co. 2 del d.lgs.33/2013: *chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza*. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

L'accesso generalizzato non ha sostituito l'accesso civico "semplice" previsto e disciplinato dall'art. 5 co. 1 del d.lgs. 33/2013.

2.3.16 Allegati del PTPCT

2.3.16.1 Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – anno 2023.

Domanda	Risposta
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	4701800650
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
Nome RPCT	GAETANO
Cognome RPCT	MEMOLI
Data di nascita RPCT	05/05/1968
Qualifica RPCT	DIRIGENTE AMINISTRATIVO
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	DIRETTORE AMINISTRATIVO DEA I°LIV. NOCERA-PAGANI-SCAFATI
Data inizio incarico di RPCT	01/07/2022
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPCT (Si/No)	NO
Organo d'indirizzo (solo se RPCT manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	
Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPCT è vacante)	
Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	
Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPCT	
Data inizio assenza della figura di RPCT (solo se RPCT è vacante)	

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	
1.A	Stato di attuazione del PTPCT - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	AREA TRASPARENZA: è stato effettuato un monitoraggio del sito web aziendale volto a migliorarne l'implementazione, in particolare sono state riviste le sezioni "Performance"; "Bandi di gara e contratti"; "Bilanci"; "Beni immobili e gestione patrimoniale"; "Controlli e rilievi sull'amministrazione"; "Interventi straordinari e di emergenza". CODICE DI COMPORTAMENTO: con Delibera n. 426 del 07.04.2021 è stato approvato in via definitiva il nuovo "Codice di Comportamento dell'ASL Salerno". FORMAZIONE: è stato reso disponibile agli operatori dell'ASL il corso di formazione FAD "La diffusione e la condivisione del Codice di Comportamento". E' in fase di avvio il Corso di formazione FAD "Il Codice dei Contratti pubblici aggiornato al 2021", che sarà messo a disposizione degli operatori ASL interessati a partire dai primi mesi del 2022.
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT - Qualora il PTPCT sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dal PTPCT	Ulteriori iniziative programmate per il 2022, in particolare quelle relative alla mappatura dei processi inerenti i rischi specifici e la relativa valutazione, non sono state realizzate a causa del perdurare del forte condizionamento delle attività collegate al COVID-19.
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPCT, individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Individuazione di un gruppo di lavoro di supporto che ha coadiuvato il RPCT nelle attività.
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPCT	Il permanere della diffusione della pandemia da COVID-19 anche per il 2022 ha fortemente condizionato ogni attività, in alcuni casi rallentandone notevolmente alcune e non permettendo lo svolgimento di altre.

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 15/01/2023 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
 La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPCT 2022 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2019 (Delibera Anac n. 1064 del 13 novembre 2019).

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT (domanda facoltativa)		
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (§ 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nei PTPCT delle amministrazioni):		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	1	
2.B.2	Contratti pubblici	1	
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	7	
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	33	
2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		

2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi		
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPCT 2021 erano state previste misure per il loro contrasto	SI	Inoltre, sulla base delle aree di rischio corruttivo specifiche individuate nell'ambito della mappatura svolta sulla base dell'Allegato 1 al PNA 2019, nell'ambito del Codice di Comportamento, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 426/2021, sono state individuate delle norme di condotta correlate ai seguenti processi a rischio: a) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero b) Attività libero professionali c) Liste di attesa d) Pagamento ticket e) Acquisizione dei farmaci e presidi f) Sperimentazioni cliniche g) Gestione documentazione sanitaria (cartelle cliniche, radiografie, referti sanitari).
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.)	SI	
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:		
2.F.1	Contratti pubblici	SI	
2.F.2	Incarichi e nomine	SI	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	SI	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	SI	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	SI	
2.G	Indicare se il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni (domanda facoltativa)	NO	
3	MISURE SPECIFICHE		

3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	SI	Si rileva l'effettiva attuazione delle misure specifiche afferenti le procedure di gara, con particolare riferimento alle modalità di acquisizione della documentazione di gara, alla protocollazione delle offerte, alla pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e delle dichiarazioni di questi in ordine alla conferibilità e compatibilità delle nomine. L'efficacia delle misure è riferibile alla relativa trasparenza e, quindi, dalla percezione dei possibili controlli e verifiche.
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<i>domanda facoltativa</i>)		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	SI	Tutte le sottosezioni previste
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite	SI	Indicatore non accessibile al pubblico ma accessibile all'amministratore del sistema
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"	NO	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"	SI	Numero 7 richieste per l'anno 2022
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	NO	
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<i>domanda facoltativa</i>)		
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	SI	Monitoraggi periodici e/o su segnalazione
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Il livello raggiunto dalla "Sezione amministrazione trasparente" è sicuramente buono per alcune aree, per altre sufficiente. E' stata migliorata la pubblicazione degli Incarichi e delle collaborazioni esterne. Permangono alcune criticità che sono state solo parzialmente affrontate

5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione	SI	
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: <u>(domanda facoltativa)</u>		
5.E.1	Etica ed integrità		
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	SI	Formazione FAD
5.E.3	I contenuti del PTPCT		
5.E.4	Processo di gestione del rischio		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	SI	Docente esterno di provata esperienza e competenza
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti	I contenuti del Corso sono da ritenersi appropriati come pure i destinatari coinvolti.	Il Corso di formazione FAD attivato nel corso del 2022 è tendenzialmente rivolto a tutto il personale dell'ASL Salerno. Data la numerosità dello stesso (circa 7.500 dipendenti) e le conseguenti difficoltà organizzative, è stato utilizzato per il 2022, un approccio "step to step" che in una prima fase, ha previsto la partecipazione obbligatoria per i Responsabili di UOC, UOSD e UOS e facoltativo per il restante personale. Gli stessi Responsabili di cui sopra hanno poi indicato dei dirigenti afferenti alla struttura da coinvolgere nella formazione obbligatoria.

6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	1.883	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	5.593	
6.B	Indicare se nell'anno 2022 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	NO	Con nota prot. n. PG/2021/215373 del 21.10.2021, il RPCT ha trasmesso alla Direzione strategica aziendale la bozza di "Regolamento in materia del personale" per opportuna valutazione e per eventuali modifiche e/o integrazioni, quale elemento propedeutico ad una corretta implementazione della misura della rotazione del personale.
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2022, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2021) (domanda facoltativa)		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	SI	Per tutto il personale della dirigenza apicale (Responsabile Macrocentri , Presidi Ospedalieri , Distretti Sanitari e Dipartimenti)
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2021, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013		
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	SI	Riguarda solo il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	SI	

9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	NO	
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione	SI	A partire dal mese di settembre 2020 è stato reso operativo il software whistleblower, fornito gratuitamente dall'ANAC
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione		
10.C	Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	NO	
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie (<i>domanda facoltativa</i>)		
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		

11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	SI	L'Azienda, con Delibera n. 336 del 24 marzo 2014, si è dotata di un proprio Codice di Comportamento. Con Delibera n. 1283 del 30.11.2020 si è provveduto ad aggiornare, in via preliminare, da sottoporre a procedura aperta alla partecipazione pubblica, il Codice di Comportamento alle nuove normative e Linee guida ANAC nel frattempo intervenute. Con Delibera n. 426 del 07.04.2021 è stato approvato in via definitiva il nuovo "Codice di Comportamento dell'ASL Salerno".
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<u>domanda facoltativa</u>)	SI	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	SI	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2022 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	NESSUNO	
12.D	Se nel corso del 2022 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	NESSUNO	
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.		0
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		0
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		0

12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.	0	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.	0	
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319quater c.p.	0	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.	0	
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.	0	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.	0	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.	0	
12.D.12	Altro (specificare quali)	0	
12.E	indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):	NESSUNO	
12.E.1	Contratti pubblici	0	
12.E.2	Incarichi e nomine	0	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	0	
12.F	Indicare se nel corso del 2022 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	SI	Numero 25 procedimenti disciplinari
13	ALTRE MISURE		

13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.		
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati	NO	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva		
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	NO	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage		

2.3.16.2 Allegato 2 – Catalogo dei Processi a rischio – anno 2023.

N°	Area di Rischio	Processo	Possibili eventi rischiosi	Strutture Organizzative Coinvolte
1	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari	Gestione Risorse Umane
2	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
3	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
4	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	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.	Gestione Risorse Umane
5	Acquisizione e gestione del personale	Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
6	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Gestione Risorse Umane - Attività Tecniche e Patrimoniali - Valutazione Tecnologie Sanitarie
7	Acquisizione e gestione del personale	gestione assenze - presenze - premialità - permessi	gestione assenze - presenze - premialità - permessi non veritiera, inosservanza regole procedurali al fine di favorire e/o discriminare taluni soggetti	Gestione Risorse Umane
8	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento incarichi di docenza	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri	Formazione e Aggiornamento - Tutte le Macrostrutture proponenti

9	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Medicina Legale
10	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Programmazione, Pianificazione dei controlli, Verifiche ed ispezioni	Pianificazione irregolare al fine di favorire taluni soggetti	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
11	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Assegnazione attività controlli, verifiche e ispezioni	Abusi e irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o categorie di imprese. Attribuzione degli incarichi di svolgimento delle attività con ampi margini di discrezionalità	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
12	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Svolgimento attività di controlli verifiche ed ispezioni	abusi, violazioni della normativa ed irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
13	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Applicazione sanzioni	Omissione nella applicazione delle sanzioni al fine di agevolare taluni soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
14	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Transazioni	Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
15	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente o convenzionato	Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Ufficio Procedimenti Disciplinari
16	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Perizie in ambito assicurativo risarcitorio	Favorire il dipendente danneggiato	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Medicina Legale
17	Attività libero professionali e liste di attesa	autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
18	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa

19	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	omessa registrazione dei versamenti a seguito di riscossione visite ALPI	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
20	Contratti pubblici	Programmazione	definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza / efficacia / economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore economico) o nell'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive. Rileva altresì l'intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
21	Contratti pubblici	Progettazione della Gara	nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; la fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara; l'attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante l'utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato; ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
22	Contratti pubblici	Selezione del contraente	possibilità che i vari attori coinvolti (RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, ecc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
23	Contratti pubblici	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti; possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
24	Contratti pubblici	Esecuzione del contratto	mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore. Ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
25	Contratti pubblici	Rendicontazione del contratto	alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
26	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Acquisizione dei farmaci	valgono i potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari.	Dipartimento Farmaceutico

27	Gestione del Patrimonio	Stipula Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati	Individuazione del Bene immobile/mobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione	Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato
28	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle entrate e delle spese	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagamenti o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere; permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture; ecc.	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
29	Gestione di risorse economico-finanziarie	Pagamento fornitori/creditori	Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
30	Gestione di risorse economico-finanziarie	Incassi ticket	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP Ticket
31	Gestione di risorse economico-finanziarie	Emissione mandati/Incasso reversali	Distrazione di risorse mediante alterazione/falsificazione di dati/documenti	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
32	Incarichi e nomine	Incarichi dirigenziali di struttura complessa e a soggetti esterni	assenza dei presupposti programmatori e/o di una verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero di posizioni da ricoprire; mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione. nella fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice, rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi. eccessiva discrezionalità nella fase di valutazione dei candidati. Ecc.	Direzione generale - Gestione delle Risorse Umane
33	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Riconoscimento diritto esenzione ticket	Indebito riconoscimento dell'esenzione del pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti (prestazioni ambulatoriali; Prestazioni di Pronto Soccorso, Codici bianchi)	CUP Ticket - Pronto Soccorso
34	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di certificazioni ed autorizzazioni relative alla libera circolazione dei soggetti disabili	Medicina Legale
35	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di idoneità medico-legali inerenti la conduzione di veicoli, di natanti, porto e detenzione armi da fuoco	Medicina Legale
36	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Abuso nella concessione dei benefici Legge 104/92 in assenza di presupposti al fine di procurare a sé o ad altri un indebito vantaggio	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale

	economico diretto ed immediato per il destinatario			
37	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale
38	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina Legale - Medicina del Lavoro
39	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della idoneità	Medicina Legale - Medicina del Lavoro
40	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina del Lavoro
41	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Farmacie ospedaliere
42	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Iperprescrizione di beni protesici, con indebito vantaggio per le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica
43	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Abuso della relazione professionale con l'assistito per indirizzarlo verso determinate ditte autorizzate alle forniture dirette	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica
44	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie al fine di favorire particolari soggetti	Dipartimento di Salute Mentale - Direzioni Distretti Sanitari - Sert
45	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Utilizzo dei beni e delle risorse aziendali / richieste rimborsi spese	Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali	Tutte le strutture e tutti i dipendenti

46	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione trattamento economico Medici di Medicina generale e Pediatri Libera scelta, Guardie Mediche	Abusi, irregolarità, riconoscimenti economici non dovuti. Assenza di controlli al fine di favorire taluni soggetti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture Distrettuali
47	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		rilascio di concessioni edilizie con pagamento di contributi inferiori al dovuto al fine di agevolare determinati soggetti	Dipartimento di Prevenzione
48	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Convenzioni per trasporti sanitari	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione per trasporti sanitari al fine di favorire determinate ditte/associazioni	Direzioni amministrative dei Distretti e dei PP.OO.
49	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (ad esempio inserimento in cima ad una lista di attesa)	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Tutte le strutture che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie - CUP e Ticket
50	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Scelta e revoca dei medici di medicina generale	irregolarità e abusi al fine di favorire taluni soggetti	Direzioni Distretti Sanitari
51	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale	Direzioni Distretti Sanitari - CUP e Ticket - Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione
52	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rilascio autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di autorizzazioni/concessioni	abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali)	Dipartimento di Prevenzione - Strutture del Dipartimento che rilasciano autorizzazioni e/o pareri
53	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizioni ausili assistenza protesica	Abusi ed irregolarità; assenza dei requisiti necessari per ottenere gli ausili; assenza di visita medica; intromissione e condizionamento di tecnici e ditte private; prescrizione effettuata da soggetto non abilitato; prescrizione imprecisa, contraddittoria ed irregolare	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
54	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Autorizzazione acquisto e fornitura ausili assistenza protesica	abusi e irregolarità. Mancata effettuazione controlli sulla prescrizione e requisiti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica

55	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Acquisto ausili assistenza protesica	inosservanza normativa per gli acquisti al fine di favorire taluni soggetti privati. Mancanza di rotazione delle ditte fornitrici in affidamento diretto.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
56	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Collaudo ausili assistenza protesica	Mancati collaudi, irregolarità al fine di favorire le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
57	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Restituzione degli ausili assistenza protesica	Mancata verifica della permanenza dei requisiti per la permanenza dell'utilizzo dell'ausilio. Mancato inoltro della richiesta di restituzione, restituzione di ausilio non corrispondente a quello consegnato, mancato addebito costo per ausilio non restituito	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
58	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizione farmaci	Abuso della propria autonomia professionale nella prescrizione di farmaci al fine di favorire la diffusione di un determinato farmaco oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario	Tutti i medici prescrittori
59	Rapporti contrattuali con privati accreditati	autorizzazioni - accreditamento	mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività; ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata
60	Rapporti contrattuali con privati accreditati	accordi/contratti	mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata - Direzioni Distretti Sanitari
61	Rilevazione presenze	Attestazione della presenza in servizio	Falsa attestazione della presenza in servizio	Tutte le strutture e tutti i dipendenti

2.3.16.3 Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità – 2023 – 2025.

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - 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	Aggiornamento	Soggetti Responsabili della trasmissione dei dati
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'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreteria della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
			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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreteria della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
			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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	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	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con 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 dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	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 dlgs 10/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. c), 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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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 dlgs 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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

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

		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	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		<p>1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico;</p> <p>2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)</p> <p>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 €)</p>	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		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).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	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 direzione o di governo	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN	
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane
		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 assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio Informativo Aziendale
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
				Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
		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)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
		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)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		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)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		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)	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso

		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, 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)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		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]	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).	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSR

	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)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Per ciascun titolare di incarico:		UOC Gestione delle Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		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]	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).	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		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)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		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 dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
		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	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSR	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN	
	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	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
			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	NA - Non Applicabile Aziende SSR		

		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)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSR
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	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	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		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	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	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	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

		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	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
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	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		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	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Gestione delle Risorse Umane
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione

		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
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)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione
	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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e Organismo Indipendente di Valutazione
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	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	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			

		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
Società partecipate		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali

		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato			
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato		
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato		
				Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato		
				Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
				Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	Per ciascuna tipologia di procedimento:			Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
		(da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			

	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		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)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture che coordinano il procedimento

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	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 (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato sulla base dei dati inseriti dai RUP.
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato in sinergia con con i Centri di Responsabilità interessati alla rilevazione dei fabbisogni (Dipartimento Farmaceutico, UOSD Tecnologie sanitarie, ecc.)
				Per ciascuna procedura:		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<p>Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)

		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	COMMA 505 ABROGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56.
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.

	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<p>Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)</p> <p>(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p>	<p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.</p>
				<p>Per ciascun atto:</p>		<p>Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.</p>

		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<p>Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.</p> <p>Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali</p>
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	<p>Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.</p>

		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.

		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali

		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.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		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)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
		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)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
	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)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				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	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV

				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)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	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)	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in collaborazione con U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
	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	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione

	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Esame e valutazione dell'attività e dei risultati - CUP - Liste di attesa - ALPI
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'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.	Tempestivo	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione, UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs 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	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	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	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	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)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo specifico previsto solo per l'anno 2013 ADEMPIMENTI D.L. 35/2013 (Convertito in legge n. 64 del 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 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)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
	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)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		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	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi interscorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

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 legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		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	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
			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	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		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)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		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	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		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	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		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	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

				recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		
		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	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	UOC Servizio Informativo Aziendale
		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	UOC Servizio Informativo Aziendale
		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)	UOC Servizio Informativo Aziendale
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	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)						

Nell'Allegato 3 al presente PTPCT è rappresentato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Al RPCT, vengono attribuite, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto *“un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.

Per **l'anno 2022** è prevista almeno una attività di verifica analitica sul rispetto degli obblighi di pubblicazione.

2.3.17 Appendice - Le tipologie di accesso: documentale, civico semplice e civico generalizzato

L'attuale normativa prevede tre diverse e distinte tipologie di accesso:

- **Accesso documentale** – si intende l'accesso disciplinato dal capo V della legge 241/1990. La finalità dell'accesso documentale ex L. 241/90 è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà – partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex legge 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". La legge 241/90 esclude perentoriamente, l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato;
- **Accesso civico semplice** – si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 1, del decreto trasparenza, ai documenti oggetto di pubblicazione⁵. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza;
- **Accesso civico generalizzato** – si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 2 del "Decreto trasparenza", ai sensi del quale *"chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis"*. La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

	Accesso agli atti o documentale	Accesso civico	Accesso civico generalizzato
Normativa di riferimento	L. 241/1990, art. 22 e ss.	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 1	D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 2
Oggetto dell'accesso	Documenti amministrativi	Documenti, informazioni e dati	Documenti, informazioni e dati
Limiti oggettivi della richiesta	LIMITATO	LIMITATO	Sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.
	sono accessibili tutti i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'art. 24 della L. n. 241/90.	ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione sul sito aziendale Amministrazione Trasparente	
	Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.		
Motivazione della richiesta	Necessaria	Non necessaria	Non necessaria
A chi indirizzare la richiesta	alla struttura aziendale competente per la formazione e/o la detenzione del documento	Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)	Alla struttura aziendale che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

⁵ D.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016.

Esercizio del diritto di opposizione da parte di eventuali controinteressati	Si	No	Si
Tutela in caso di rifiuto o inerzia	Superiore gerarchico del detentore del dato	Titolare del potere sostitutivo	- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT); - nel caso in cui dati/documenti richiesti siano detenuti dal RPCT: Direttore Amministrativo
A chi rivolgersi per la tutela giurisdizionale	TAR	TAR	TAR

L'ASL Salerno:

- con Deliberazione n. 428 del 7 maggio 2018 ha approvato il “Regolamento di accesso agli atti e alla documentazione amministrativa” ai sensi della L.241/90 e del D.P.R. 184/06;
- con Deliberazione n. 1065 del 4 novembre 2014 ha approvato il “Regolamento Accesso Civico” di cui all’art. 5 del D.Lgs. 33/2013;
- con Deliberazione n. 922 del 22 luglio 2021, è stato modificato il Regolamento aziendale di accesso agli atti.

2.4 Piano triennale per l'Informatica

Il perseguimento degli obiettivi definiti dal PNRR, in particolare i punti della Missione 6 – Salute M6C1 e M6C2, rivestono per l'Azienda carattere di priorità nonché di forte spinta all'innovazione ed alla digitalizzazione.

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La pandemia infatti ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale e organizzativa del SSN che sono stati mitigati attraverso un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate ed investendo su elevate competenze digitali, professionali e manageriali e su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure.

L'ASL Salerno intende quindi investire i fondi messi a disposizione dal PNRR adottando come sua componente strategica fondamentale lo sviluppo delle Strutture in modalità sinergica rispetto al progresso tecnologico e digitale dei servizi offerti allineandoli ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area territoriale.

Mentre con gli investimenti della componente 1 della missione 6 si stanno ponendo le basi per la realizzazione di nuove strutture territoriali quali le reti di prossimità, strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), gli investimenti della componente 2 insieme alla Missione 1 in particolare la componente 1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA, il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

L' UOC Servizio Informativo Aziendale ha provveduto ad investire sull'ammodernamento digitale del parco tecnologico in particolare sulle infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere e territoriali che presentano un significativo grado di obsolescenza, al fine di evitare il rischio di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema.

Partito all'inizio della seconda metà del 2022, il progetto FSE consentirà a tutti i medici dell'ASL di inserire direttamente nel Fascicolo Sanitario Elettronico i dati del paziente tra cui: i referti di laboratorio di analisi, di radiologia, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione ospedaliera, i referti di anatomia patologica e referti di specialistica ambulatoriale.

Attualmente sono già state rilasciate circa 1000 firme digitali sulle 1800 pianificate, tra i medici ospedalieri e specialisti necessarie per le attestazioni mediche da inserire nel FSE.

L'obiettivo finale è il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.

Il FSE infatti dovrà essere punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN costituendo al contempo la base dati per i professionisti sanitari delle informazioni cliniche e dell'intera storia clinica del paziente.

La ASL quindi potrà utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari offerti.

Tra i progetti rientranti nell'obiettivo di innovazione e digitalizzazione si riportano di seguito i provvedimenti dirigenziali che pianificano le attività per il prossimo triennio.

Delibera n. 973 del 25/07/2022

Adesione alla convenzione Consip “*Reti Locali 7*” (Lotto 4) CIG: 7743562D80 (RTI aggiudicatario: Vodafone spa - Converge spa).

Sono previsti interventi tecnologici presso n.21 sedi aziendali, basati su un crono programma di circa 18 mesi per:

- Configurazioni porte/schede/switch - Predisposizioni
- Fornitura cavi/patch/rack/switch/ups/panel
- Installazioni, Lavori, Opere (+ Dettaglio DEI)

Fase 1: Assessment e Site preparation

1. Valutazione spazi/ambiente (armadio rack -> centro stella)
2. Valutazione interfacce apparati esistenti
3. Valutazione sistemi/rete dati Lan/VLan (traffico prioritario)
4. Valutazione percorsi ottimali

Fase 2: Attestazione switch in Lan/Wan

1. Attestazione circuiti in rame (STDE)
2. Attestazione circuiti in fibra ottica (STDO, se presente)
3. Procedure di test stand-alone
4. Attivazione Virtual Lan

Fase 3: Collaudo e messa in esercizio

1. Certificazione switch/cablaggio doppio installati;
2. Verifica connettività e classi di servizio
3. Verifica servizi di sicurezza informatica implementati
4. Collaudo finale di integrazione

I servizi professionali necessari per le attività tecniche di cui innanzi non saranno acquistati mediante l’adesione alla convenzione ma eseguiti dal personale assegnato alla UOC SIA che grazie alla competenza specifica comporterà una notevole riduzione della spesa.

Oltre alle attività già definite nel piano Fasi/Azioni sopra specificato, è previsto anche la direzione dei lavori, la direzione dell’esecuzione, il collaudo tecnico e amministrativo e la verifica di conformità, nel rispetto dei documenti tecnici e della tempistica definiti dalla convenzione Consip.

Delibera n. 980 del 29/07/2022

Adesione all’A.Q. Consip “*Centrali Telefoniche 8*”-Telecom Italia Spa - CIG:7665717DC6

Fornitura di n.15 nuove centrali telefoniche e dei servizi di installazione, configurazione e formazione e di assistenza tecnica e manutenzione.

Reingegnerizzazione della rete telefonica aziendale in alta affidabilità.

Il piano prevede:

- dismissione di n. 36 PABX e n.15 IPDA (compreso smaltimento a norma);
- fornitura di n.15 nuove centrali telefoniche, comprensive di tutta la tecnologia hw/sw/rack/licensing a corredo per la completa installazione e messa in esercizio;
- fornitura di n. 2665 apparecchi telefonici Avaya J139 IP deskphone

- fornitura di n. 3600 apparecchi telefonici Avaya J179 IP deskphone
- fornitura di n. 20 apparecchi telefonici Avaya K155 IP multimediale
- re-ingegnerizzazione della rete telefonica in alta affidabilità (nodo master: Salerno, Via Nizza; nodo slave: Nocera Inferiore, Via G. Falcone) per la fault tolerance; con nodi autonomi funzionanti, in caso di crash del network, presso i presidi ospedalieri);
- re-interfacciamento dei posti operatori attuali con le nuove centrali telefoniche;

Per consentire una migliore pianificazione di spesa gli investimenti sono stati distribuiti per:

- a) Fornitura beni (Pabx, IPPhone, componenti hw/sw, cablaggi/switch, licenze sw, ecc.)
- b) Servizio di formazione, avviamento, supporto on site (n.1086 giornate)
- c) Servizio di manutenzioni/assistenza tecnica
- d) Servizio di telegestione (livello Gold)

Per ciascuna delle sedi interessate dalla sostituzione della centrale telefonica, che coinvolge anche la ri-attestazione delle sedi satellite servite via VoIP, sono state previste le seguenti Fasi/Azioni da eseguire senza interruzione del servizio di connettività, soprattutto nei presidi ospedalieri e nelle sedi centrali:

Fase 1: Assessment e Site preparation

1. Valutazione locali/ambiente (Pabx -> centro stella)
2. Valutazione interfacce apparati VoIP esistenti
3. Valutazione sistemi/rete dati Lan/VLan (traffico SBRI)
4. Verifica pre-esercizio dei Pabx

Fase 2: Attestazione Pabx in Lan/Wan

1. Attestazione circuiti primari (PRA)
2. Attestazione circuiti STDE e STDO
3. Attivazione Virtual Lan dedicate al VoIP
4. Procedure di test stand-alone (previsione roll-back)
5. Configurazione/connettività IPPhone

Fase 3: Collaudo e messa in esercizio

1. Certificazione delle componenti hw/sw/licenze installati
2. Verifica connettività E2E e S2S e classi di servizio/profili
3. Verifica servizi di sicurezza perimetrale
4. Collaudo finale ICT di integrazione

Inoltre i servizi professionali relativi alle citate fasi devono essere svolti/validati inevitabilmente dal personale del ruolo tecnico assegnato alla proponente UOC, avendo già pure partecipato alla predisposizione del progetto dei fabbisogni e che assumeranno anche la direzione dei lavori, la direzione dell'esecuzione, il collaudo tecnico e amministrativo e la verifica di conformità, nel rispetto dei documenti tecnici e della tempistica prevista dalla convenzione Consip, e di ulteriori servizi di configurazioni e parametrizzazione degli apparati, comportando questo una notevole riduzione della spesa.

Nel prossimo futuro l'ASL provvederà all'adesione agli A.Q. Consip "Public Cloud IaaS/PaaS" e "Sanità Digitale – Servizi applicativi" che consentirà ad esempio di migrare il SISA (Sistema Informativo Sanitario Amministrativo) e la gestione delle paghe su cloud.

Questa soluzione comporterà un notevole risparmio in termini di costi di gestione e manutenzione sia applicativa che infrastrutturale aderendo appieno al principio di **cloud first** definito dall'AgID nel Piano Triennale per l'informatica.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

L'Azienda ha delineato la propria organizzazione ed il proprio funzionamento nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania, sostanziando in via definitiva i formali riferimenti della propria *mission* attraverso la compiuta attuazione del nuovo assetto organizzativo e la conseguenziale articolazione delle attività volte al conseguimento degli obiettivi assegnati.

In ambito territoriale trovano particolare rilevanza le nuove articolazioni previste secondo il nuovo modello delle cure primarie, denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)" e "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che dovranno favorire l'integrazione e il coordinamento dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, nella condivisione di percorsi e obiettivi assistenziali nonché di linee guida e strumenti di valutazione della qualità assistenziale.

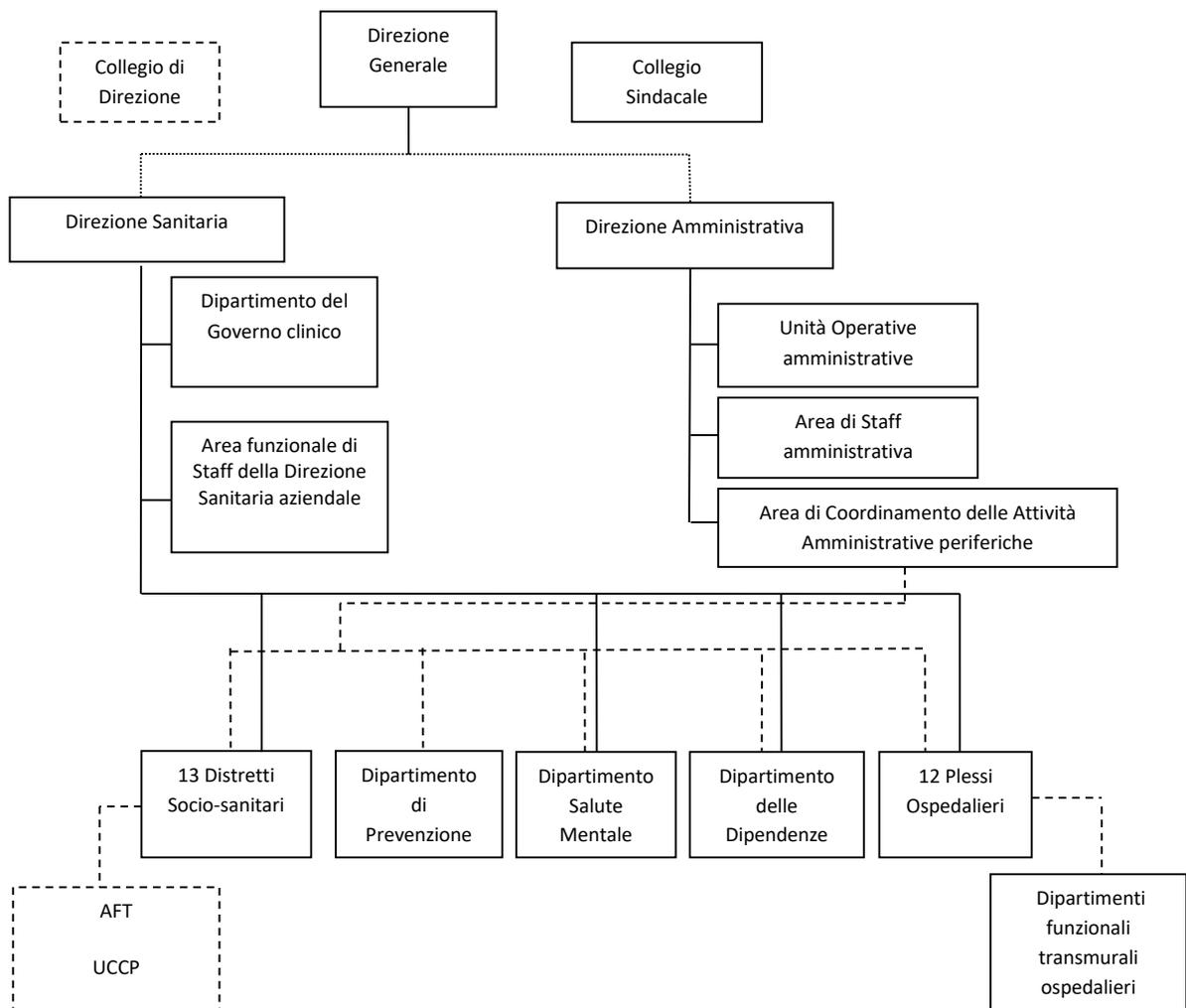
In ambito ospedaliero, invece, trova attuazione il modello dipartimentale, mirato ad una forte integrazione operativa e gestionale per aree omogenee, attraverso cui va a completarsi il governo delle risorse e il processo di sviluppo e crescita qualitativa delle professionalità e dei servizi, con eliminazione delle duplicazioni dei reparti all'interno dello stesso Presidio che comportano spreco di risorse e pochi vantaggi per la salute dei cittadini.

Il Dipartimento, infatti, ha come obiettivi principali quelli di garantire:

- 1) un migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione nell'area scientifica di riferimento, in integrazione con l'assistenza territoriale;
- 2) un miglioramento della qualità dell'assistenza, miglioramento di efficacia e appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze ed esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- 3) la elaborazione di Percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione integrata di processi di cura;
- 4) la realizzazione di economie di scala e di gestione;
- 5) la diffusione delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo delle competenze organizzative attraverso percorsi formativi diffusi e condivisi.

Il Dipartimento è quindi attivato quale struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il modello organizzativo dell'Azienda è sintetizzabile nel sottostante schema:



L'assetto è essenzialmente basato sul raccordo tra la Direzione Strategica aziendale e le strutture/funzioni operative degli ambiti territoriale ed ospedaliero, attraverso staff e tecnostrutture di supporto alle Direzioni Sanitaria e Amministrativa:

- Dipartimento del Governo Clinico;
- Staff Direzione Sanitaria;
- Staff Direzione Amministrativa;
- Area di coordinamento delle Attività Amministrative Periferiche.

Le Strutture operative configurate quali Macrocentri di responsabilità aziendali sono:

- n. 13 Distretti Sanitari;
- n. 7 Presidi ospedalieri (di cui 3 DEA di 1° livello) che aggregano n. 12 plessi;
- il Dipartimento di Prevenzione (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento Salute Mentale (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento delle Dipendenze (dipartimento strutturale).

L'autonomia gestionale delle Macrostrutture connotate quali Centri di responsabilità è attuata attraverso la definizione del conto economico di struttura e delle relative autorizzazioni di spesa, nell'ambito delle procedure annuali di budget definenti anche gli obiettivi di performance assegnati.

Il Sistema Integrato Amministrativo, infatti, consente una modalità di gestione delle autorizzazioni di spesa supportata da un efficiente sistema di controllo governato direttamente dalla U.O. Economico-Finanziaria, basato su una dettagliata codifica dei Servizi/Strutture abilitati a movimentazioni di spesa, che di fatto consente la profilatura di un Conto economico di struttura riferito a ciascun Macrocentro di responsabilità, alla stregua di bilanci separati all'interno del bilancio aziendale.

➤ Ambito Assistenza distrettuale

Le attività del Distretto fanno capo alle seguenti fondamentali aree di intervento:

- Assistenza sanitaria di base;
- Materno-Infantile;
- Riabilitazione e protesica;
- Geriatria, Cure domiciliari, Cure palliative;
- Farmacia.

Le attività di Assistenza sanitaria di base sono organizzate anche attraverso nuove articolazioni contemplate ai sensi della Legge n. 189 dell'8.11.2012, secondo gli indirizzi regionali di cui ai Decreti CA n.18/2015 (*Modello di riorganizzazione delle Cure Primarie*) e n. 99/2016 (*Piano regionale di programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale*).

In particolare, il modello organizzativo delle cure primarie è orientato a promuovere l'integrazione con il sociale e con i servizi ospedalieri, anche attraverso l'assistenza domiciliare, al fine di migliorare l'efficienza e la capacità di presa in carico dei cittadini.

Sono pertanto costituite nel Distretto nuove articolazioni organizzative denominate "aggregazioni funzionali territoriali (AFT)", all'interno delle quali operano Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta o Specialisti ambulatoriali coordinati in *team* funzionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi.

In tale innovativo modello delle cure primarie sono inoltre presenti forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (UCCP)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Per quanto attiene alla programmazione socio-sanitaria del Distretto, l'Azienda cura attraverso il Coordinamento socio-sanitario e le strutture distrettuali dedicate, l'integrazione tra il Piano delle Attività Territoriali (PAT), adottato annualmente dal Distretto, ed il Piano di Zona dei servizi sociali sottoscritto da tutti i Direttori dei Distretti dello stesso Ambito Sociale, al fine definire ed attuare in modo coordinato gli interventi sociali ad alto impatto sanitario.

Tale modalità attiene a tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.Lgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per

infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali).

Il Distretto, inoltre, costituisce il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, sempre attraverso una forte integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Obiettivo fondamentale, infatti, è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio evitandone l'ospedalizzazione, attivando ove possibile (per condizioni abitative e presenza del *caregiver*) le **cure domiciliari**, che rappresentano il più appropriato *setting* per l'assistenza alla persona malata in condizione di fragilità, accrescendone l'*empowerment* e la capacità di autogestione consapevole dei bisogni.

Tale *setting*, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute e dalle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

In chiave strategica, è obiettivo perseguito dall'Azienda quello di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari allo scopo di orientare i soggetti, promuovere la capacità di scelta informata, realizzare percorsi assistenziali maggiormente di tipo domiciliare rispetto alla residenzialità, innalzare la capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni del cittadino, implementare progetti personalizzati per la presa in carico integrata tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, favorire la continuità dei percorsi assistenziali.

Al fine di assicurare l'equità di accesso a tale sistema integrato delle cure, la Porta Unitaria di Accesso realizzata nel Distretto rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata.

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del *percorso assistenziale individuale/piano di cura personalizzato* centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata.

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona.

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete socio-familiare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Qualunque sia il *setting* di cura attivato, il sistema deve assicurare la presa in carico globale e la relazione con la persona malata e i suoi familiari improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

Anche nelle diverse fasi della malattia terminale, la rete integrata dei servizi deve assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia. La rete delle cure palliative, che prevede la partecipazione delle associazioni di volontariato in osservanza della L. 38/2010 e delle vigenti Linee di Indirizzo regionali, è costituita da MMG o PLS, ambulatori specialistici, cure domiciliari, centri residenziali per le cure palliative (Hospice e day-Hospice), ricovero ospedaliero in regime ordinario e di day-hospital.

Lungo l'intero percorso viene adottato un modello di presa in carico globale, al fine di combattere il dolore inutile e la sofferenza che ne deriva, fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall’abitazione del paziente, che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostento (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative, *Hospice*, che fornisce assistenza sanitaria e tutela alberghiera in modalità che riproduce l’ambiente domestico e di vita.

Sia a domicilio che in *Hospice*, infatti, obiettivi principali delle cure sono la qualità di vita e il rispetto della dignità della persona affetta da patologia progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

Per la integrazione e la continuità assistenziale tra la domiciliarità e la residenzialità in *Hospice*, l’Azienda favorisce la possibilità di erogare le cure domiciliari da parte della stessa equipe che opera in *Hospice*.

Rete aziendale degli Hospice ASL Salerno

SA	Hospice di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	Sant'Arsenio
SA	Hospice "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	Eboli
SA	Hospice La Casa di Lara	Hospice pubblico	Salerno
SA	Hospice di Pagani	Hospice pubblico	Pagani

➤ Ambito Assistenza Ospedaliera

Presidi ospedalieri ASL Salerno

Presidio	Posti letto (programmati ex DCA 103/2018)
Presidio ospedaliero “Umberto I” di Nocera Inferiore	367
Presidio ospedaliero “Tortora” di Pagani	72
Presidio ospedaliero “Mauro Scarlato” di Scafati	122
Presidio Ospedaliero “Villa Malta” di Sarno	152
Presidio ospedaliero “Maria Addolorata” di Eboli	148
Presidio ospedaliero “Santa Maria della Speranza” di Battipaglia	152
Presidio ospedaliero di S. Francesco d’Assisi di Oliveto Citra	92
Presidio ospedaliero “San Luca” di Vallo della Lucania	326
Presidio ospedaliero di Agropoli	20
Presidio ospedaliero di Roccadaspide	50
Presidio ospedaliero “Dell’Immacolata” di Sapri	120
Presidio ospedaliero di Polla	177
Totali	1.798

Case di cura convenzionate ASL Salerno

Casa di cura	Posti letto (programmati ex DCA 33/2016)
Hippocratica S.p.A. Villa del Sole	80
Casa di cura Malzoni Agropoli	102
Casa di Cura "La Quietè S.R.L.	68
Casa di Cura privata SALUS Battipaglia	90
Campolongo Hospital S.p.A. C.E.M.F.R. Eboli	260
CASA DI CURA PROF.DOTT. LUIGI COBELLIS	99
Casa di Cura TORTORELLA S.p.A.	143
Casa di Cura VILLA CHIARUGI Nocera Inferiore	40
Casa di Cura G.F. Montesano Roccapiemonte	70
totale	952

L'assetto delle strutture di ricovero pubbliche ed i relativi posti letto come sopra evidenziati sono stati ridefiniti nell'ambito delle misure riorganizzative per l'emergenza COVID-19.

I posti letto effettivamente attivati sono illustrati con il sottostante prospetto che evidenzia i posti letto COVID allestiti nell'ambito del piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura, di cui alla Deliberazione G.R.C. n. 378 del 23/07/2020.

Presidi Ospedalieri	IV TRIMESTRE 2019			IV TRIMESTRE 2020			
	Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	Totale	Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	COVID	Totale
P.O. Nocera Inferiore – Pagani – Scafati	453	15	468	458	16	54	528
P.O. Sarno	151	0	151	133	0	0	133
P.O. Oliveto Citra	84	0	84	84	0	0	84
P.O. Battipaglia	91	0	91	91	0	0	91
P.O. Eboli	128	0	128	130	0	20	150
P.O. Roccadaspide	66	0	66	70	0	0	70
P.O. Vallo della Lucania	242	0	242	246	0	9	255
P.O. Polla	186	0	186	176	0	17	193
P.O. Sapri	106	0	106	106	0	2	108
P.O. Agropoli	20	0	20	7	0	28	35
Totale ASL	1.527	15	1542	1.501	16	130	1.647

L'incremento ha riguardato i posti letto appartenenti all'area critica, di terapia intensiva (codice 49) e semi-intensiva (codice 94), questi ultimi quale riconversione di posti letto di area medica, permettendo di garantire anche una pluralità di soluzioni assistenziali e in particolare di:

- rafforzare la risposta della rete ospedaliera alle molteplici emergenze, tra cui prioritariamente quelle delle reti tempo-dipendenti e consolidare, nel contempo, lo sviluppo delle reti assistenziali specialistiche ad alta intensità di cura;
- utilizzare quota parte dei posti letto a media ed alta intensità di cura per il pieno recupero di attività pre e post-operatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità;
- qualificare e mettere in sicurezza la rete dei posti letto di terapia intensiva, riorganizzata per livelli di complessità;

- decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

Il potenziamento programmato ha interessato, conformemente a quanto previsto dall'art. 2 del Decreto Legge n. 34/2020 e dalle successive linee di indirizzo esclusivamente l'ambito delle strutture pubbliche della rete ospedaliera dell'ASL Salerno.

Infatti, per quanto attiene il potenziamento dei posti letto di terapia Intensiva è stato programmato un incremento di posti letto che determina a livello dell'ASL Salerno un totale pari a 81 unità, rispetto ai 68 posti letto programmati in base al DCA n. 103/2020, al fine di rendere la dotazione omogenea rispetto al territorio regionale, pari a 0,14 p.l. per mille abitanti.

Relativamente ai posti letto complessivi di area medica da riconvertire in terapia semintensiva, è stato quantificata per l'ASL Salerno in n. 34 p.l. la dotazione delle unità di Terapia semi-intensiva assicurata quale processo di riconversione e riqualificazione di posti letto diversamente modulati per intensità e tipologie di cure, che possano rispondere a qualunque tipologia di paziente critico, con necessità di assistenza respiratoria non invasiva, ma anche a pazienti chirurgici critici o con necessità di trattamenti continui e complessi riconducibili a situazioni pluripatologiche.

Le attività dell'ambito ospedaliero sono organizzate, al pari di quelle territoriali sul modello dipartimentale, al fine di configurare una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto agli obiettivi assegnati, per i cui fini vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

L'Organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- *Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);*
- *Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – U.O.S.D.);*
- *Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);*
- *Gruppi Operativi Interdisciplinari (G.O.I.).*

Nei dipartimenti sono applicate logiche di governo collegiale e processi di coordinamento e controllo, previsti e descritti in appositi Regolamenti, redatti sulla base di linee guida approvate dalla Direzione Aziendale, sentito il Collegio di Direzione.

Le Unità Operative Complesse del Dipartimento (U.O.C.) sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati, e possono presentare sub-articolazioni quali Unità Operative Semplici (U.O.S.).

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono istituite in area sanitaria per far fronte a particolari processi assistenziali che richiedono un coordinamento interdisciplinare di processi assistenziali trasversali rispetto a più strutture complesse. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.

Le Unità Operative semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e

partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

Nella sede legale della ASL vengono effettuate le attività aziendali di supporto e sono allocati gli uffici della Direzione Generale.

L'assistenza viene inoltre erogata anche attraverso professionisti convenzionati e strutture private accreditate.

Professionisti convenzionati interni

I medici convenzionati sono:

- n. 836 Medici di Medicina Generale
- n. 127 Pediatri di Libera Scelta
- n. 561 Medici di Continuità assistenziale
- n. 394 Specialisti ambulatoriali convenzionati interni

Strutture private provvisoriamente accreditate

Operano inoltre le seguenti strutture private provvisoriamente accreditate:

- n. 310 Farmacie private;
- n. 31 Farmacie comunali;
- n. 9 Case di Cura per un totale di 952 posti letto;
- n. 29 Centri di riabilitazione;
- n. 15 Residenze Sanitarie Assistite (private 8; pubbliche 7);
- n. 2 Comunità per tossicodipendenti;
- n. 6 Strutture termali;
- n. 117 Laboratori analisi;
- n. 40 Centri diagnostica radiologica e radioterapia;
- n. 3 Centri di medicina nucleare
- n. 25 Centri di fisiokinesiterapia;
- n. 20 Centri di dialisi;
- n. 5 Centri di diabetologia;
- n. 25 Specialisti convenzionati (Cardiologia 16; Altro 9).

3.2 Piano Triennale dei fabbisogni di personale

La consistenza del personale in servizio al 31 dicembre 2022, esposta con il sottostante prospetto (*tab. 3 – Personale in servizio al 31 dicembre 2022*), è valutata dall’Azienda come fortemente carente rispetto alla dotazione di dirigenti medici e sanitari che sarebbe necessaria alla corretta organizzazione dei servizi e alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), a garanzia del principio di continuità assistenziale e a presidio degli ambiti di emergenza-urgenza.

Tab. 3 Personale in servizio al 31 dicembre 2022

MACROCENTRO	COMPAR TO	DIRIG.MEDICO/ VETERINARIA	DIRIG.PROF.LE/ AMM.VA/TECNICA	DIRIG.SANITARIA NON MEDICA	RELIGIO SO	Totale complessivo
D.S.B. 60 - NOCERA INFERIORE	112	22	1	3		138
D.S.B. 61 - ANGRI / SCAFATI	89	14		2		105
D.S.B. 62 - SARNO / PAGANI	78	14	1	2		95
D.S.B. 63 - CAVA DE' TIRRENI / COSTA D'A	107	25	1	4		137
D.S.B. 64 - EBOLI / BUCCINO	154	29	1	1		185
D.S.B. 65 - BATTIPAGLIA	67	12		2		81
D.S.B. 66 - SALERNO	186	42	2	5		235
D.S.B. 67 - MERCATO SAN SEVERINO	86	17		3		106
D.S.B. 68 - GIFFONI VALLE PIANA	63	21		4		88
D.S.B. 69 - CAPACCIO / ROCCADASPIDE	75	23	1	3		102
D.S.B. 70 - ambito AGROPOLI	63	10		1		74
D.S.B. 70 - ambito VALLO DELLA LUCANIA	63	13	1	1		78
D.S.B. 71 - SAPRI / CAMEROTA	59	22		2		83
D.S.B. 72 - SALA CONSILINA / POLLA	99	11		2		112
DIP. DI PREVENZIONE - AREA CENTRO	49	89	1			139
DIP. DI PREVENZIONE - AREA NORD	89	56	3	1		149
DIP. DI PREVENZIONE - AREA SUD	56	80	1			137
DIP. DI SALUTE MENTALE - AREA CENTRO	150	41	1	16		208
DIP. DI SALUTE MENTALE - AREA NORD	131	31	2	7		171
DIP. DI SALUTE MENTALE - AREA SUD	94	26		1		121
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	46	20		13		79
FUNZIONI CENTRALI - AREA CENTRO	146	18	34			198
FUNZIONI CENTRALI - AREA NORD	191	18	8	3		220
FUNZIONI CENTRALI - AREA SUD	34	1	2	7		44
P.O. A. TORTORA - PAGANI	192	64		9		265
P.O. AGROPOLI	82	6		2		90
P.O. DELL'IMMACOLATA - SAPRI	266	47		5		318
P.O. L. CURTO - POLLA	419	79	1	9		508
P.O. M. SCARLATO - SCAFATI	189	30		3		222
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI	319	82		5		406

P.O. ROCCADASPIDE - ROCCADASPIDE	133	23		4		160
P.O. S. FRANCESCO D'ASSISI - OLIVETO CIT	181	41		5		227
P.O. S. LUCA - VALLO DELLA LUCANIA	507	119	1	11	1	639
P.O. S. MARIA DELLA SPERANZA - BATTIPAGL	295	79	2	3		379
P.O. UMBERTO I - NOCERA INFERIORE	726	213	3	10		952
P.O. VILLA MALTA - SARNO	331	71	2	6		410
Totale complessivo	5927	1509	69	155	1	7661

Programmazione strategica delle risorse umane

Al fine di mitigare gli effetti delle carenze del profilo dirigenziale medico e sanitario, l'Azienda mira a dare esecuzione al piano triennale di fabbisogno del personale, approvato per il triennio 2021-2023 con delibera n.1222 del 18.10.2022, puntando *in primis* all'arruolamento di un adeguato numero di unità mediche nelle aree maggiormente sguarnite, attraverso l'attuazione dei bandi di concorso approvati con delibere n. 1065 del 6/09/20221 e n. 533 del 14/04/2022, per l'assunzione a tempo indeterminato rispettivamente di n. 52 medici e n. 159 medici di varie discipline.

Nello specifico, con il bando di cui alla suddetta delibera n. 1065/2021 è prevista la copertura di n. 52 posti di Dirigente medico a tempo indeterminato, nei seguenti ambiti:

- Anestesia e Rianimazione: n. 10 medici;
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza: n. 12 medici;
- Medicina Trasfusionale: n. 4 medici;
- Terapia intensiva Neonatale: n. 4 medici;
- Neurochirurgia: n. 6 medici;
- Ortopedia: n. 8 medici;
- Pediatria: n. 8 medici.

Con il bando di cui alla suddetta delibera n. 533/2022 verrà invece data copertura a n. 159 posti di Dirigente medico a tempo indeterminato, distribuiti nelle seguenti discipline:

- Urologia: n. 15 medici;
- Chirurghi Generale: n. 30 medici;
- Chirurgia Vascolare: n. 6 medici;
- Medicina Interna: n. 30 medici;
- Cardiologia: n. 15 medici;
- Cardiologia Emodinamica: n. 5 medici;
- Oftalmologia: n. 7 medici;
- Oncologia: n. 4 medici;
- Neurologia: n. 10 medici;
- Ostetricia e Ginecologia: n. 9 medici;
- Gastroenterologia: n. 6 medici;
- Psichiatri: n. 10 medici;
- Radiodiagnostica: n. 12 medici.

3.3 Piano della Formazione del personale

L'articolazione del Piano di Formazione aziendale viene predisposta annualmente ed approvata con apposito atto di deliberazione.

Vengono di seguito riportati i criteri metodologici e le finalità del Piano di formazione in fase di approvazione per l'anno 2023.

PIANO AZIENDALE FORMAZIONE Anno 2023

PRESENTAZIONE

Il presente Piano Formazione anno 2023 definisce la programmazione dell'attività formativa interna che l'ASL Salerno si propone di realizzare nell'anno 2023 allo scopo di favorire la crescita professionale e culturale delle risorse umane operanti all'interno delle Strutture aziendali e di sostenere i processi di miglioramento complessivo del sistema aziendale di offerta dei Servizi, in coerenza con i programmi nazionali, regionali e aziendali.

La programmazione riportata nel Piano 2023 si compone di eventi residenziali e di eventi da realizzare in modalità Formazione A Distanza (FAD).

L'erogazione dei Corsi FAD, sia nella tipologia asincrona, che nella tipologia sincrona del webinar, avverrà tramite la piattaforma informatica per l'erogazione di Corsi in modalità Formazione A Distanza.

Nell'anno 2023 l'UOC Formazione e Aggiornamento svolgerà funzione di orientamento e supporto al fine di favorire sempre maggiore competenza sia nella creazione che nell'ideazione di Corsi FAD aziendali, sia nella diffusione tra il personale dipendente della capacità di utilizzare - in autonomia e con appropriatezza - la piattaforma informatica.

GLI OBIETTIVI FORMATIVI DEL PIANO FORMAZIONE 2023

Tutti i corsi di Formazione del Piano 2023 sono riconducibili a uno degli obiettivi formativi ECM declinati sulla piattaforma regionale. Di seguito si elencano gli obiettivi presenti nel Piano Formazione 2023:

1. applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN -EBP);
2. linee guida -protocolli —procedure;
3. documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza — profili di cura;
4. appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
5. principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
6. sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
7. integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
8. integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
9. epidemiologia - prevenzione e promozione della salute — diagnostica — tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
10. management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
11. Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;
12. contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, incluse le malattie rare e la medicina di genere;
13. trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
14. fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale) nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali;
15. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
16. sanità veterinaria, attività presso gli stabulari, sanità vegetale;
17. farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
18. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologia correlate;
19. sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione; 29. innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche e fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
20. Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema;
21. argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

ARTICOLAZIONE DEL PIANO FORMAZIONE 2023

Il Piano è articolato in due Sezioni:

- Sezione 1: Corsi a carico del Fondo Formazione
- Sezione 2: Corsi a carico di Fondi finalizzati

Per ciascun Corso sono specificati gli elementi generali di ciascun progetto formativo e precisamente:

- la Struttura proponente;
- il titolo;
- il Responsabile Scientifico del Corso;
- gli obiettivi formativi e i contenuti di massima;
- la durata;
- il numero di partecipanti atteso e le categorie professionali destinatarie.

I Corsi di Formazione sono destinati alla Formazione del personale dipendente e al personale convenzionato, in attuazione di programmi formativi validati dagli organismi aziendali preposti alla Formazione del predetto personale convenzionato. Di volta in volta, in relazione a specifiche e motivate esigenze formative possono essere ammessi ai Corsi, soltanto in qualità di partecipanti, anche professionisti, operatori, soggetti esterni all'ASL Salerno.

RISORSE FINANZIARIE DEDICATE

L'ASL Salerno mette a disposizione della realizzazione dei Corsi inseriti nella Sezione 1 del Piano 2023 un importo pari a euro 243.000,00. I Corsi inclusi nella Sezione 2 sono realizzati attraverso l'utilizzo di risorse provenienti da fondi nazionali e regionali finalizzati.

PERCORSO DI COSTRUZIONE E GESTIONE DEL PIANO DELLE ATTIVITA' FORMATIVE INTERNE

L'iter di costruzione del Piano ha preso avvio con l'invio della richiesta alle Strutture aziendali di presentare programmi formativi rispondenti allo specifico fabbisogno formativo. L'UOC Formazione e Aggiornamento ha assicurato la fase di elaborazione del Piano Formazione attraverso le seguenti azioni:

- analisi delle progettualità pervenute e della loro coerenza con obiettivi aziendali, regionali, nazionali e individuazione dei programmi da inserire nella proposta di Piano Formazione;
- elaborazione della proposta di Piano Formazione;
- invio del Piano ai Comitato Scientifico ECM per la validazione scientifica dei Corsi e dei relativi responsabili scientifici;
- invio del Piano Formazione alle Organizzazioni Sindacali;
- predisposizione della proposta di atto deliberativo del Piano Formazione da sottoporre alla Direzione Generale per l'approvazione e la sua divulgazione presso tutte le articolazioni aziendali.

A seguito dell'approvazione del Piano Formazione con deliberazione del Direttore Generale, l'UOC Formazione e Aggiornamento provvede all'attuazione e gestione del Piano, attraverso le seguenti azioni:

- Informa i Direttori dei Macrocentri proponenti e i Responsabili Scientifici sull'avvenuta approvazione del Piano;
- Autorizza l'attivazione dei Corsi inseriti nel Piano dopo aver acquisito i relativi progetti di dettaglio predisposti dai Responsabili Scientifici e previa verifica della congruità del Piano economico con le risorse assegnate, della coerenza dei contenuti e obiettivi indicati nel progetto di dettaglio con quelli presenti nel Piano Formazione, della conformità del programma proposto e delle modalità di esecuzione agli atti di indirizzo e regolamenti aziendali. In caso di difformità, indica le eventuali modifiche/integrazioni.
- - predisporre, lettere d'incarico per docenti, tutor, moderatori, individuati dai responsabili Scientifici e, per i corsi di particolare rilievo aziendale, dalla Direzione Strategica;
- cura l'istruttoria dei procedimenti amministrativi necessari all'attuazione ed erogazione degli eventi formativi
- supervisiona e coordina le fasi di organizzazione ed erogazione Corsi;
- supporta le strutture aziendali nella fase di elaborazione di eventi in modalità FAD;
- supporta le strutture aziendali e i destinatari degli interventi formativi FAD nella fase di fruizione dei singoli corsi;
- provvede alla liquidazione delle spese sostenute;
- effettua le procedure di accreditamento ECM, nel rispetto della normativa vigente.

LA FORMAZIONE OBBLIGATORIA

Il presente Piano di Formazione individua quale formazione obbligatoria gli interventi formativi rispondenti a uno o più dei seguenti criteri:

- i Corsi previsti come obbligatori da norme di legge (es. D.Lgs. 81, per Rappresentanti Lavoratori Sicurezza, etc.) - i Corsi individuati come obbligatori dalla Direzione Generale, per le categorie di personale indicate nelle disposizioni di attivazione di ciascun singolo Corso;
- i Corsi proposti dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi Centrali aziendali: detti Corsi costituiscono formazione obbligatoria per il personale afferente al Macrocentro/Servizio proponente, limitatamente ai profili professionali individuati quali destinatari della formazione nell'ambito del progetto operativo del Corso redatto dal Responsabile Scientifico e condiviso dal Direttore responsabile del Macrocentro. Il progetto operativo può prevedere l'estensione del Corso anche a Presidi Ospedalieri/Distretti/Dipartimenti/Servizi aziendali diversi da quello proponente, riservando agli stessi un determinato numero di iscrizioni. In questo caso la valutazione dell'obbligatorietà/non obbligatorietà della formazione viene effettuata, di concerto, dal Direttore del P.O./ Distretto/Dipartimento /Servizio di afferenza dei dipendenti e dai Direttori delle Unità Operative coinvolte, i quali, ricevuto l'invito a partecipare e valutati i contenuti del Corso, autorizzeranno/non autorizzeranno ulteriori costi e disagi aggiuntivi legati alla necessità, tipica della formazione residenziale, di quei dipendenti che ne avranno fatto richiesta .

Per assicurare una chiara individuazione dei destinatari della formazione obbligatoria, nell'ambito del progetto e/o della documentazione di corredo a ciascun Corso saranno precisati i seguenti elementi:

- le aree di attività e le categorie professionali destinatarie della Formazione;
- il numero massimo dei partecipanti;
- per ciascun Corso proposto dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi aziendali, se si prevede l'estensione del Corso anche ad altri Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Servizi, con indicazione delle specifiche categorie professionali destinatarie e del numero di iscrizioni agli stessi riservate.

I profili professionali che non partecipano in formazione obbligatoria, sulla base dei criteri e modalità procedurali sopra descritte, possono, a domanda, partecipare in formazione facoltativa, purché si registri una disponibilità di iscrizioni.

Il Piano Formazione 2023 privilegia la Formazione interna all'Azienda.

L' EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

L'ASL Salerno è provider regionale ECM dall'Anno 2013

Tutti i Corsi rivolti al personale di ruolo sanitario saranno accreditati ECM.

PRESENTAZIONE DEL PIANO FORMAZIONE ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Le linee generali di indirizzo del Piano di Formazione sono sottoposte, ai sensi della normativa contrattuale vigente, al confronto con le OO.SS. Ci si riserva di apportare, in ogni momento, compatibilmente con le risorse disponibili, modifiche/integrazioni al presente Piano qualora se ne riscontrasse l'esigenza, a seguito di ulteriori confronti a tale livello.

3.4 Codice di condotta

Nella presente sezione si riporta il vigente Codice aziendale di Comportamento approvato con delibera n. 426 del 07 Aprile 2021.

CODICE DI COMPORTAMENTO

Sommario

art. 1 - Disposizioni di carattere generale	4
1.1 - Presentazione dell'ASL Salerno	4
art. 2 - Ambito di applicazione	6
art. 3 - Obblighi generali	6
art. 4 – Relazione tra Codice di comportamento e Codici deontologici	8
art. 5 - Regali, compensi e altre utilità	8
art. 6 - Partecipazione ad associazioni e organizzazioni	9
art. 7 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse	11
art. 8 - Obbligo di astensione	12
art. 9 - Prevenzione della corruzione	13
art. 10 – Trasparenza e tracciabilità	13
art. 11 – Protezione dei dati personali	14
art. 12 - Comportamento nei rapporti privati.....	14
art. 13 - Comportamento in servizio	15
art. 14 - Molestie e mobbing sul luogo di lavoro	17
art. 15 - Rispetto dell’ambiente	18
art. 16 - Divieto di fumo	18
art. 17 - Rapporti con il pubblico	18
art. 18 - Disposizioni particolari per i dirigenti	20
art. 19 - Contratti ed altri atti negoziali	22
art. 20 – Norme di condotta correlate a processi a rischio	24
20.1 - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	24
20.2 - Attività libero professionali	24
20.3 - Liste di attesa	25
20.4 - Pagamento ticket	25
20.5 - Acquisizione dei farmaci e presidi	25
20.6 - Sperimentazioni cliniche	26
20.7 - Gestione documentazione sanitaria (cartelle cliniche, radiografie, referti sanitari)	27
art. 21 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative	27
art. 22 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice	28
art. 23 – Procedure di adozione, modifica e diffusione del Codice di comportamento	29
art. 24 – Norme finali	30

art. 1 - Disposizioni di carattere generale

Il presente codice di comportamento, di seguito denominato "Codice", definisce, ai fini del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno sono tenuti ad osservare al fine di garantire il perseguimento della *mission* Aziendale.

L'Azienda, con Delibera n. 336 del 24 marzo 2014, si è dotata di un proprio Codice di Comportamento. Alla luce della Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 358 del 29 marzo 2017 "Linee guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" e della Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche", viene qui proposto un aggiornamento al fine di promuoverne un sostanziale rilancio per il valore che questo ha, sia per orientare le condotte di chi lavora nell'amministrazione e per l'amministrazione verso il miglior perseguimento dell'interesse pubblico, sia come strumento di prevenzione dei rischi di corruzione da armonizzare e coordinare con i PTPCT di ogni amministrazione.

Il presente codice richiama all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza; e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità. Nonché dei principi di centralità della persona, accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca, tutela della riservatezza.

1.1 - Presentazione dell'ASL Salerno

L'attività dell'Azienda è finalizzata a contribuire alla promozione, al mantenimento ed allo sviluppo dello stato di salute della comunità per la quale opera, garantendo le prestazioni sanitarie e perseguendo l'obiettivo "salute", inteso quale miglioramento complessivo della qualità di vita della popolazione.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno è una azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro. È inserita nel contesto del Sistema Sanitario Regionale della Campania, insieme alle altre Aziende Sanitarie Pubbliche, alla medicina convenzionata, agli erogatori privati accreditati, ed agisce in un'ottica di solidarietà e con autonomia, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo regionali.

Si pone come garante della salute dei propri cittadini, attraverso la programmazione locale, intesa come confronto e presa in carico delle richieste della popolazione del territorio.

A tal fine orienta la propria strategia prioritariamente a:

- *promuovere la salute* di individui, gruppi e comunità mediante la individuazione di bisogni di salute, di processi di prevenzione, di attenzione alle disabilità e alla tutela integrale della qualità della vita;
- *esercitare l'attività di programmazione e indirizzo* fondamentale per l'ottimale erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- *favorire la partecipazione* dei soggetti rappresentativi delle comunità, coinvolgendoli nel processo di promozione della salute. L'Azienda riconosce la funzione delle Organizzazioni Sociali Private, non aventi scopo di lucro, impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo, favorendo l'apporto delle proprie specifiche competenze;
- *valorizzare le proprie risorse umane*, mediante processi di formazione continua.

L'Azienda promuove la salute dei propri cittadini con l'azione combinata di tutte le componenti di una comunità, agendo sulle condizioni sociali, ambientali, culturali, ma anche sul rinforzo delle conoscenze, delle abilità individuali e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La nuova Azienda Sanitaria Locale, prevista nell'ambito del provvedimento di riassetto sanitario territoriale regionale, approvato con L.R. n. 16 del 28.11.2008, ha previsto l'accorpamento delle precedenti disciolte Aziende Sanitarie Locali Salerno 1, Salerno 2, Salerno 3. La costituzione della nuova Azienda rientra, quindi, nel piano di riassetto della rete sanitaria, territoriale ed ospedaliera regionale, con l'obiettivo di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, sia attraverso la rimodulazione delle attività territoriali, di

riabilitazione, sia attraverso un utilizzo più appropriato dei posti letto ospedalieri, con una riduzione delle attività considerate inappropriate e la riorganizzazione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere secondo gli obiettivi del Piano ospedaliero regionale.

Particolare attenzione viene espressa per assicurare a tutti i cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Oltre agli obiettivi fissati periodicamente dalla Regione Campania, l'Azienda intende dare attuazione all'art. 32 della Costituzione, ponendo, come prioritari, interventi in materia di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, di assistenza distrettuale, di assistenza ospedaliera. L' Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, comprende attività e prestazioni svolte per la promozione della salute della popolazione, quali:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- la sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, etc);
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'Assistenza distrettuale comprende i servizi sanitari e socio-sanitari, l'assistenza farmaceutica, la specialistica e diagnostica ambulatoriale, la fornitura di protesi ai disabili, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, i servizi per la salute mentale, per la riabilitazione dei disabili, strutture semiresidenziali e residenziali, residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

L'Assistenza ospedaliera integra l'assistenza istituzionale con i programmi, gli obiettivi e gli interventi di salute previsti dai Piani Regionali Ospedalieri.

L'Azienda cura l'integrazione dell'assistenza sanitaria con interventi sociali ad elevato impatto sanitario.

art. 2 - Ambito di applicazione

1. Il presente Codice si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa, a qualsiasi titolo, per l'Azienda, con particolare attenzione per:

- a) i componenti della Direzione strategica Aziendale;
- b) il personale operante presso l'Azienda a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, a qualunque qualifica appartengano e a qualsiasi struttura siano assegnati;
- c) il personale operante nelle c.d. "aree a rischio generale o specifico";
- d) i soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
- e) i componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico-amministrativo e soggetti impiegati presso i suddetti uffici;
- f) i soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- g) i titolari di contratto di lavoro flessibile, di incarichi di lavoro autonomo (Co.Co.Co., incarico libero professionale);
- h) i dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'Azienda;
- i) i collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- j) gli studenti in tirocinio e il personale che presta assistenza religiosa e morale;
- k) i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi che realizzano opere in favore dell'Azienda.

2. Negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l’Azienda inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice e dal Regolamento approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62.
3. Nel rispetto dei principi generali contenuti all'art. 3 del Regolamento approvato con DPR 62/2013, è buona pratica che la presa d'atto del Codice avvenga al momento dell'instaurazione del rapporto di lavoro, formandone parte integrante e che, contestualmente gli uffici, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, provvedano alla conservazione della dichiarazione di presa d'atto sottoscritta dal soggetto tenuto al rispetto del Codice.
4. Le norme contenute nel presente codice costituiscono, pertanto, principi di comportamento per tutte le categorie di personale a qualsivoglia titolo incardinate nell’Azienda (di seguito, per semplificazione, denominate “dipendenti”).

art. 3 - Obblighi generali

1. Il personale dipendente osserva la Costituzione, servendo la Nazione con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. Il personale dipendente svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui sono titolari.
2. Il personale dipendente rispetta altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.
3. Il personale dipendente non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evitano situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.
4. Il personale dipendente esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima efficacia, efficienza ed economicità. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.
5. Nei rapporti con il pubblico, il personale dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sul pubblico o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori.
6. Il personale dipendente dimostra la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.
7. Lo specifico ambito di attività svolte dall’Azienda pone al centro il rapporto operatore/operatrice-utente che si esplicita nelle esigenze di personalizzazione, appropriatezza ed umanizzazione delle prestazioni. Nella produzione di servizi alla persona il fattore umano è un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla qualità dell’assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti.
8. In relazione alla peculiarità delle diverse categorie di persone operanti all’interno dell’Azienda e considerata la specificità e la particolare delicatezza del servizio offerto, si ritiene opportuno richiamare ciascun operatore e operatrice, nell’ambito delle rispettive competenze, al pieno rispetto dei regolamenti aziendali costituendo essi necessario ed essenziale vincolo all’esercizio delle specifiche attività, particolarmente da parte dei soggetti cui è fatto obbligo di iscrizione in appositi albi professionali.
9. Nell’ambito di tali vincoli il personale deve impegnarsi ad attuare i principi di solidarietà umana, e rispetto della persona, minimizzando, ove possibile, i traumi legati al ricovero, o comunque ad accessi nelle strutture sanitarie.
10. Tutto il personale dell’Azienda è tenuto:
 - ad una condotta improntata ad assicurare il massimo rispetto della dignità degli utenti e dei colleghi, anche con particolare riguardo ad una cultura rispettosa delle differenze di genere. Il comportamento in servizio deve essere caratterizzato ed improntato alla disponibilità, al rispetto ed alla cortesia, nell’ottica di rapporti collaborativi e di

elevata professionalità. Sono ad ogni modo vietati comportamenti – comunque manifestati - non conformi ai principi di correttezza e rispetto, che possano ledere l'onore e la reputazione di pazienti, colleghi e colleghe e di chiunque entri in contatto con l'Azienda. È vietata, in ogni modo, ogni forma di attività che comunque possa configurarsi come una forma di violenza morale o psicologica o danno all'immagine, sia di pazienti e colleghi, sia dell'Azienda;

- a rendere conoscibile il proprio nominativo mediante l'uso di cartellino identificativo;
- al fine di minimizzare i traumi legati al ricovero, o comunque ad accessi nelle strutture sanitarie, ad adoperarsi al fine di stabilire un contatto umano, usando estrema disponibilità e discrezione;
- ad avere un approccio con la persona malata che tenga conto della realtà sociale nonché economico culturale della stessa;
- fatte salve le norme a tutela della privacy, a fornire tutte le informazioni necessarie ai pazienti e ai loro parenti e, nel farlo, deve usare un linguaggio chiaro, semplice e comprensibile, motivando le risposte e cooperando con riservatezza.

art. 4 – Relazione tra Codice di comportamento e Codici deontologici

1. I principi generali e le norme di condotta esplicitati nell'articolo 3 del presente Codice, pur costituendo patrimonio comune di tutti gli operatori e operatrici dell'Azienda in termini generali, sono declinabili specificatamente in relazione al profilo professionale d'inquadramento, alle funzioni esercitate ed al contesto lavorativo di riferimento.
2. I principi e le norme generali di condotta vanno coordinati ed implementati con i Codici Deontologici per le categorie professionali ove sono previsti Ordini e Collegi. Gli organismi competenti a gestire l'applicazione del presente Codice individueranno modalità idonee a favorire una fattiva collaborazione con tali organismi/associazioni, sia tramite l'acquisizione di pareri in ordine ai comportamenti stigmatizzabili assunti dal personale dipendente sia tramite la trasmissione degli esiti sui controlli attivati nonché delle decisioni assunte, ove se ne ravvisi l'opportunità.

art. 5 - Regali, compensi e altre utilità

1. Il personale dipendente non chiede, né sollecita, per sé o per altri, regali o altre utilità.
2. Il personale dipendente non accetta per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. Il personale dipendente non accetta, per sé o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità, salvo quelli di modico valore. Il personale dipendente non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilità a un proprio sovraordinato, salvo quelli di modico valore.
3. Il personale dipendente, nei rapporti con i terzi deve tenere un comportamento tale da disincentivare e prevenire, anche attraverso una corretta informazione circa il carattere doveroso della sua attività, una prassi, come quella dell'offerta di regali o di altre utilità, che mal si concilia coi principi di integrità e imparzialità.
4. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore, si intendono quelle di valore non superiore a 150 euro anche sotto forma di sconto. Che il valore non sia superiore a 150 euro è da intendersi in forma cumulata nell'arco solare.
5. è fatto divieto assoluto:
 - di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualsiasi titolo o altro strumento di pagamento sostitutivo del denaro (buoni acquisto, ricariche carte prepagate, carte telefoniche, ecc.;
 - di accettare regali sotto qualunque forma da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio, né da soggetti nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attività o potestà proprie dell'ufficio ricoperto;
6. Non si intendono ricompresi nella fattispecie vietata di cui al precedente comma, e sono quindi ammessi, i gadget promozionali distribuiti genericamente e indistintamente da case editrici o ditte, quali ad esempio agende, calendari o simili.

7. Al di fuori dei casi consentiti e nei casi di dubbio circa il loro valore, i regali e le altre utilità devono essere rifiutati dal personale dipendente, il quale dovrà curarne la restituzione, direttamente o per il tramite dell'Amministrazione, al mittente, o, laddove tale restituzione non sia possibile per un qualsiasi motivo, i regali dovranno essere destinati a fini istituzionali ovvero donati ad associazioni di volontariato. Il/la dipendente darà comunicazione scritta al Responsabile della struttura di appartenenza o – in caso di figure apicali – al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario, a seconda del ruolo rivestito. Di tale corretto comportamento sarà tenuto conto in occasione della valutazione periodica del/della dipendente.

8. Il personale dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, avuto nel triennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

9. Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'amministrazione, vigilano sulla corretta applicazione del presente articolo i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) ed il Responsabile della Prevenzione e Corruzione.

art. 6 - Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

1. È vietata l'appartenenza ad associazioni proibite dall'art. 18 della Carta Costituzionale. In particolare è vietata l'adesione ad associazioni segrete.

2. L'adesione ad associazioni, circoli o altri organismi di qualsiasi natura, anche senza fine di lucro a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti possano interferire con lo svolgimento dell'attività istituzionale svolta, fatta salva l'adesione a partiti politici e a sindacati, deve essere comunicata dai dipendenti al responsabile dell'ufficio di appartenenza almeno 30 giorni prima dell'adesione formale al fine di consentire all'ASL di valutare le eventuali ipotesi di conflitto sulla base degli scopi e degli ambiti di attività dell'associazione/organizzazione. Nei casi in cui non sia stato possibile effettuare tale dichiarazione preventivamente, il/la dipendente dovrà effettuarla tempestivamente e comunque non oltre 10 giorni dall'adesione.

3. Qualora il/la dipendente già vi appartiene, la comunicazione deve avvenire tempestivamente.

4. L'eventuale mancata dichiarazione da parte del soggetto configura una violazione degli obblighi di servizio e conseguentemente comporta l'avvio di un procedimento disciplinare.

5. Il/la dipendente non esercita pressioni nei confronti dei colleghi e di altri operatori o utenti dei servizi, con i quali venga in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o organizzazioni, indipendentemente dal carattere delle stesse o dalla possibilità o meno di derivarne vantaggio di qualsiasi natura.

6. Le associazioni i cui ambiti di attività possono interferire con l'attività dell'ufficio di assegnazione sono, in particolare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelle che operano, anche senza fini di lucro, in ambito sanitario e socio sanitario. Nell'ambito di un contesto sanitario complesso, composto da una pluralità di soggetti, ai fini della prevenzione di fenomeni corruttivi, particolare rilevanza rivestono rapporti intercorrenti con associazioni ed organizzazioni esterne, ivi comprese le ONLUS, con particolare riferimento a quelle che orbitano attorno all'area dell'assistenza e della ricerca.

7. Oltre all'obbligo di comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni di cui al comma 1, i dipendenti:

a) informano sempre e comunque, al di là dell'adesione formale il Responsabile dell'Ufficio di appartenenza del dipendente e/o il Dirigente sovraordinato della macrostruttura, di qualsiasi rapporto, anche non direttamente remunerato, intercorrente con le predette associazioni/organizzazioni;

b) comunicano preventivamente alla Direzione aziendale, ai fini della relativa autorizzazione offerte avanzate da organizzazioni terze precisando i relativi importi e le modalità di utilizzo.

8. Nel caso in cui si rilevi la sussistenza di una situazione di incompatibilità che investa la maggior parte delle funzioni espletate dall'interessato, la Direzione Aziendale invita lo stesso a risolvere la situazione di contrasto con comunicazione sottoposta a notifica, fissando un termine massimo di trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione.

9. Nessuna Associazione può avere sede o utilizzare gli spazi aziendali senza preventiva autorizzazione della Direzione Aziendale. I dirigenti cui sono affidati tali spazi sono di ciò responsabili.

10. I/le dipendenti non costringono altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, né esercitano pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.
11. I/le dipendenti si astengono dal trattare o dall'intervenire nella trattazione di pratiche relative ad associazioni di cui sono membri, allorché si tratti di associazioni che ricevono finanziamenti o contributi dall'Azienda o intrattengono rapporti contrattuali o di collaborazione, con la medesima.
12. I/le dipendenti si astengono, altresì, dall'intervenire in rappresentanza dell'Associazione di cui sono membri nelle relazioni, formali ed informali, con l'Azienda.
13. I/le dipendenti che appartengono ad associazioni o organizzazioni non utilizzano il proprio tempo di lavoro, i beni e le attrezzature dell'ASL per promuovere l'attività di tali organismi.

art. 7 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il personale dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, è tenuto a rendere informazione, per iscritto, di tutti i rapporti, diretti ed indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
 - a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione
 - b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.
2. Il personale dipendente è tenuto ad aggiornare le predette informazioni ogniqualvolta si determinino variazioni rilevanti entro trenta giorni dalle stesse.
3. Per conflitto di interessi - attuale o potenziale, apparente, diretto o indiretto - si intende qualsiasi relazione, intercorrente tra un dipendente ed altri soggetti, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda, in particolare quando vi sia il rischio che un interesse privato possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale.
4. Il conflitto di interessi può riguardare interessi di qualsiasi natura e ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, o nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio l'imparzialità del dipendente nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.
5. Il conflitto di interessi sussiste anche quando vi sia l'intento di voler assecondare pressioni politiche o sindacali oppure illegittime pretese di superiori gerarchici
6. Il/la dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.
7. Anche al fine di evidenziare possibili situazioni di conflitto di interessi, i Dirigenti ed i professionisti convocati in commissioni di gara, in base all'art. 29 c. 1d.lgs 50 del 2016, sono obbligati in fase di insediamento della commissione di gara, a trasmettere il proprio curriculum vitae aggiornato alla stazione appaltante, ai fini della sua pubblicazione.
8. Ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. 50/2016 (Codice degli appalti), le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. Si ha conflitto di interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto d'interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del DPR 16

aprile 2013, n.62. Il personale che versa in tali ipotesi è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico. Le disposizioni valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

art. 8 - Obbligo di astensione

1. il personale dipendente deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere gli interessi:
 - a) propri;
 - b) del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
 - c) di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale;
 - d) di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
 - e) di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
 - f) di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente;
2. I/le dipendenti si astengono in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.
3. Ai fini di cui sopra, i/le dipendenti, comunicano la propria situazione al Dirigente Responsabile/Direttore della struttura di assegnazione.
4. La comunicazione della situazione di conflitto di interessi da parte del soggetto interessato deve avvenire tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui il conflitto si è manifestato o in cui la variazione delle condizioni si sia verificata.
5. Sull'astensione decide il Dirigente Responsabile/Direttore della struttura di assegnazione del dipendente, che dovrà dare riscontro scritto entro 15 giorni dal ricevimento. che dovrà apporre sulla stessa comunicazione prodotta dall'interessato apposita nota contenente la propria decisione di merito. Se la situazione realizza un conflitto di interessi, il responsabile propone l'affidamento dell'incarico ad altro soggetto, ovvero in carenza di figure professionalmente idonee, avocando a sé ogni compito relativo a quel procedimento, oppure motivando le ragioni che comunque consentono l'espletamento delle attività da parte del dipendente.
6. Qualora il conflitto di interesse riguardi il Direttore della UOC, questi è tenuto ad informare per iscritto il RPCT, che avrà il compito di valutare le iniziative da assumere.
7. Il Responsabile trasmette la relativa comunicazione in forma integrale al RPCT e al Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane per l'inserimento nel fascicolo del dipendente.

art. 9 - Prevenzione della corruzione

1. Al fine di approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della corruzione tutto il personale dipendente è chiamato a partecipare al processo di gestione del rischio di corruzione, osservando in toto le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e comunicando al responsabile per la prevenzione della corruzione tutti i dati, gli atti, le informazioni e le segnalazioni per cui ha competenza specifica.
2. il personale dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, il personale dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, possono segnalare le eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza:
 - al superiore gerarchico;
 - verbalmente, mediante dichiarazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
 - all' Autorità nazionale anticorruzione (A.N.A.C.)

- al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ASL Salerno, secondo le procedure aziendali relative alla segnalazione di illeciti (c.d. wistleblower).

La segnalazione di eventuali situazioni di illecito ha riguardo ad atti e comportamenti, anche omissivi, già concretizzatisi, a reati o irregolarità amministrative e gestionali che possono produrre danno all'interesse pubblico, dei quali il dipendente è venuto direttamente a conoscenza.

3. I Direttori/Direttrici responsabili di ciascuna struttura sono tenuti ad assicurare e garantire, all'interno delle articolazioni cui sono preposti, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti e sono altresì tenuti a collaborare con il responsabile per la prevenzione della corruzione ed a corrispondere, con tempestività ed esautività, e ove richiesto, per iscritto, alle istanze dello stesso.

4. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il/la dipendente che denuncia all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico o al responsabile per la prevenzione della corruzione o al responsabile dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

art. 10 – Trasparenza e tracciabilità

1. il personale dipendente osserva le misure in materia di trasparenza previste dalla legge e dal Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, quale sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.

2. Il personale dipendente si fa carico dell'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati di propria competenza sottoposti all'obbligo di pubblicazione.

3. Il/la Dirigente responsabile di struttura, in particolare, sovrintende all'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Programma triennale della trasparenza relativamente alla struttura di riferimento, assicurando che la comunicazione ai fini della pubblicazione sul sito istituzionale, avvenga in modo regolare, e che i dati comunicati siano corretti e completi.

4. Ogni attività deve essere adeguatamente documentata, sia per poter procedere a controlli finalizzati alla tracciabilità dei processi e delle responsabilità, che per rispondere alle legittime istanze di accesso civico e controllo da parte dei portatori di interesse (*stakeholders*) interni ed esterni

art. 11 – Protezione dei dati personali

1. L'Azienda previene e sanziona l'utilizzo dei dati personali al di fuori dell'attività istituzionale, nonché la loro diffusione o comunicazione a soggetti non legittimati. Anche se nel percorso sanitario sono ordinariamente coinvolti più professionisti sanitari e il trattamento di dati sensibili, per diverse finalità, è effettuato anche dal personale amministrativo di supporto, il rapporto di cura, per poter raggiungere i propri scopi, resta caratterizzato da un'elevata garanzia di riservatezza. L'accesso a documenti sanitari o comunque a dati idonei a rivelare lo stato di salute, è graduato, per i diversi incaricati, in riferimento al principio della indispensabilità degli stessi per lo specifico scopo di volta in volta perseguito. Il mancato rispetto di tale prescrizione, fatte salve ipotesi più gravi, rappresenta un illecito disciplinare sanzionato nella massima misura.

art. 12 - Comportamento nei rapporti privati

1. Nei rapporti privati, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il/la dipendente non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'amministrazione.

2. In particolare, nei rapporti con altri enti pubblici, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro funzioni, il/la dipendente:

a) non accetta e/o non propone lo scambio di agevolazioni riguardanti pratiche d'ufficio con altri soggetti;

- b) non chiede favoritismi su questioni private, facendo leva sulla propria posizione gerarchica all'interno dell'Azienda;
3. Il/la dipendente si astiene dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il *web* o i *social network*, i *blog* o i *forum*, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine dell'amministrazione, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone.
4. In particolare, per il personale medico ed infermieristico e, più in generale, addetto all'assistenza, è tenuto a:
- non diffondere mai attraverso i *social media* immagini o informazioni relative al paziente che possono violare i suoi diritti di privacy e riservatezza,
 - non condividere, pubblicare o diffondere dati o immagini del paziente o informazioni acquisite nella relazione operatore – paziente;
 - non esprimere commenti sugli assistiti anche quando gli stessi non possono essere identificati
 - non pubblicare informazioni che possano permettere l'identificazione del paziente;
 - non fotografare i pazienti o girare dei video utilizzando dispositivi personali, ivi inclusi i telefoni cellulari;
 - mantenere i confini professionali nell'uso dei *social media*;
 - seguire le politiche aziendali relative all'uso dei social media e degli strumenti multimediali;
 - segnalare immediatamente qualsiasi violazione della privacy e della riservatezza;
 - non fare commenti offensivi o dispregiativi su pazienti, dirigenti sovraordinati, colleghi, indipendentemente dalla loro identificabilità;
 - non pubblicare commenti o contenuti a nome dell'azienda se non esplicitamente autorizzati e nel rispetto delle indicazioni definite.
5. Relativamente al danno all'immagine di cui ai precedenti commi, sarà in ogni caso valutata ai fini disciplinari l'avvenuta condanna definitiva per la commissione di reati, anche al di fuori dei casi di reati contro la Pubblica Amministrazione

art. 13 - Comportamento in servizio

1. I/le dipendenti:
- a) svolgono l'attività assegnata con diligenza;
- b) tengono nei luoghi di lavoro un comportamento decoroso;
- c) salvo giustificato motivo, non ritardano il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria competenza;
- d) riportano nelle comunicazioni tutti gli elementi idonei all'individuazione del responsabile dell'attività amministrativa cui le comunicazioni afferiscono;
- e) rispettano gli obblighi in materia di sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione al rispetto delle norme sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI);
- f) sono a conoscenza del sistema aziendale per la gestione dei rischi contenuti nel "Documento di Valutazione dei Rischi" e adeguano allo stesso il proprio comportamento;
- g) rispettano la disciplina dei rapporti con gli organi di informazione e di stampa;
- h) utilizzano i permessi di astensione dal lavoro nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi;
- i) non utilizzano a fini privati il materiale – quale, ad esempio, farmaci, garze, materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, personal computer, fotocopiatrici o altre attrezzature- di cui dispone per l'assolvimento dei compiti istituzionali;
- j) non utilizzano divise e indumenti forniti al personale al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
- k) non utilizzano linee telefoniche dell'ufficio o internet per motivi personali;
- l) utilizzano i mezzi di trasporto dell'Azienda a sua disposizione soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.

2. I/le dipendenti collaborano a creare un ambiente lavorativo costruttivo, rispettoso dei colleghi, dell'utenza e dell'immagine dell'amministrazione.
3. I professionisti, all'interno dell'équipe assistenziale, garantiscono la comunicazione:
 - a) mediante il passaggio di informazioni tra le diverse figure professionali, con la consapevolezza che questo è un elemento rilevante per conseguire efficacia nell'intervento sull'utente e per essere in condizioni di fornire informazioni coerenti e uniformi;
 - b) con riferimento a tutte le figure professionali che comunque intervengono sul piano assistenziale;
 - c) interagendo con le altre figure professionali per svolgere in modo adeguato la propria attività, non solo usufruendo delle informazioni ricevute, ma ricercandole presso i colleghi;
 - d) mediante un uso sistematico e congruo del passaggio di consegne nel rispetto delle procedure e prassi in uso in Azienda.
4. Tutto il personale dipendente, fatte salve specifiche disposizioni contrattuali, ha l'obbligo di documentare la propria presenza in servizio attraverso timbratura con la propria tessera magnetica (badge):
 - a) le timbrature provano l'effettiva presenza in servizio e le relative attestazioni sono rilevanti sia ai fini della regolarità del servizio prestato, sia ai fini della retribuzione;
 - b) la timbratura del cartellino orario è operazione strettamente personale e deve essere effettuata presso l'orologio marcatempo più vicino alla sede di servizio;
 - c) la messa in atto di fatti e comportamenti tesi all'elusione dei sistemi di rilevamento della presenza in servizio è un illecito specificamente sanzionato;
 - d) il/la dipendente che durante l'orario di servizio si allontani dal luogo di lavoro deve sempre comunicarlo al proprio Responsabile.
5. A riguardo si specifica che: "Costituisce falsa attestazione della presenza in servizio qualunque modalità fraudolenta posta in essere, anche avvalendosi di terzi, per far risultare il dipendente in servizio o trarre in inganno l'amministrazione presso la quale il dipendente presta attività lavorativa circa il rispetto dell'orario di lavoro dello stesso. Della violazione risponde anche chi abbia agevolato con la propria condotta attiva o omissiva la condotta fraudolenta utilizzando le modalità di rilevazione previste dall'Azienda e utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi" (D.lgs.116 del 20 giugno 2016).
6. In caso di malattia, il/la dipendente:
 - a) deve avvertire o far avvertire tempestivamente, per le vie brevi, la struttura di assegnazione, in modo da consentire un'immediata redistribuzione dei compiti e delle attività, secondo le modalità previste nei regolamenti aziendali, garantendo così la continuità del servizio;
 - b) può essere sottoposto a controllo medico fiscale nelle fasce di reperibilità previste dalla normativa vigente;
 - c) può assentarsi dal proprio domicilio durante le fasce di reperibilità per effettuare: - visite mediche - prestazioni o accertamenti specialistici. - per cause di forza maggiore, p.es. la convocazione da parte di pubbliche autorità, ricoveri ospedalieri.
7. Il/la dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro per le ragioni e nei limiti previsti dalla legge, dai contratti collettivi e dalla regolamentazione interna
8. Il/la dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dei colleghi e dell'Azienda. Sono ad ogni modo vietati comportamenti – comunque manifestati - non conformi a principi di correttezza e rispetto, che possano ledere l'onore e la reputazione di pazienti, colleghi e di chiunque entri in contatto con l'Azienda; è vietata in ogni modo ogni forma di attività che comunque possa configurarsi come una forma di violenza morale o psicologica o danno all'immagine.
9. Il/la dirigente della struttura vigila sulla corretta rilevazione delle presenze, sanzionando direttamente o, ove ne ricorrano i presupposti, segnalando tempestivamente all'Ufficio procedimenti disciplinari le pratiche scorrette.
10. Qualora nello svolgimento dell'attività lavorativa insorgano per il/la dipendente problemi operativi di carattere etico sulla corretta condotta da tenere, è compito del dirigente della Struttura fornire adeguate indicazioni.
11. Il personale dipendente, il personale convenzionato, i titolari di contratti di consulenza o collaborazione ed in generale tutti i destinatari del codice, sono tenuti ad osservare le norme aziendali in materia di accesso ai locali aziendali, di accesso alla mensa, se consentita e quelle relative alla custodia ed utilizzo della eventuale divisa di

lavoro in dotazione, dei cartellini identificativi personali, nonché dei dispositivi di protezione individuale consegnati in ragione dell'attività di servizio; l'utilizzo di materiali di consumo, di attrezzature e risorse avviene in maniera efficiente ed efficace in ragione dell'economicità dell'azione pubblica.

art. 14 - Molestie e mobbing sul luogo di lavoro

1. L'Azienda favorisce iniziative mirate a realizzare modalità operative improntate ad ottenere maggior benessere organizzativo ed esige che nelle relazioni di lavoro interne ed esterne non sia dato luogo a molestie o ad atteggiamenti comunque riconducibili a pratiche di mobbing che risultano comunque vietati. Ogni dipendente pertanto non deve, a titolo esemplificativo:

a) creare un ambiente di lavoro intimidatorio, ostile, di isolamento o comunque discriminatorio nei confronti di singoli o gruppi di lavoratori;

b) porre in essere ingiustificate interferenze con l'esecuzione di prestazioni lavorative altrui;

c) ostacolare prospettive di lavoro individuali altrui per meri motivi di competitività personale o di altri dipendenti;

2. Sono da considerarsi particolarmente intimidatorie e mobizzanti, e dunque particolarmente stigmatizzabili le comunicazioni aggressive ed ostili, esplicite ed implicite, verbali e non verbali, che vengano rivolte a colleghi e colleghe di lavoro di ogni ordine e grado al cospetto di terzi o dell'intero team, e dunque in assenza di riservatezza, esponendo l'interessato/interessata a pubblica disconferma.

3. È vietata qualsiasi forma di molestia sessuale o riferita alle diversità personali o culturali. Ogni dipendente pertanto non deve, a titolo esemplificativo:

a) subordinare qualsiasi decisione di rilevanza per la vita lavorativa del dipendente all'accettazione di favori sessuali;

b) indurre i propri collaboratori a favori sessuali mediante l'influenza del proprio ruolo;

c) alludere a disabilità o menomazioni fisiche o psichiche o a forme di diversità culturale, religiosa o di orientamento sessuale.

4. È da ascriversi a molestia sessuale qualsiasi comunicazione, anche falsamente bonaria, che alluda all'identità di genere ed alle caratteristiche/tratti ad essa correlate per far passare messaggi/indicazioni/richieste riferite al profilo professionale del dipendente o della dipendente e all'espletamento delle mansioni ad esso connesse.

art. 15 - Rispetto dell'ambiente

1. I/le dipendenti si attengono alle disposizioni aziendali concernenti il rispetto dell'ambiente, in particolare per quanto concerne:

a) il corretto utilizzo dell'energia;

b) lo smaltimento differenziato dei rifiuti sanitari e non sanitari;

c) la mobilità e sosta;

d) il risparmio della carta.

art. 16 - Divieto di fumo

1. Atteso il fondamentale ruolo dell'Azienda quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della promozione della salute, tutti i dipendenti, nonché coloro i quali, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali, sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge e dal Regolamento Aziendale vigente.

art. 17 - Rapporti con il pubblico

1. Nei rapporti con il pubblico, i/le dipendenti:

a) si fanno riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del cartellino di riconoscimento od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Azienda, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti;

b) operano con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, operano nella maniera più completa e accurata possibile;

- c) qualora non siano competenti per posizione rivestita o per materia, indirizzano l'interessato al funzionario o ufficio competente della medesima Azienda;
- d) fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, forniscono le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità od il coordinamento;
- e) nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche rispettano, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiutano prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. È fatto divieto di promettere e svolgere pratiche in favore di utenti atte a determinare disparità di trattamento tra situazioni comparabili, o comunque condizioni di privilegio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nell'espletamento delle attività istituzionali.
- f) rispettano gli appuntamenti con i cittadini e rispondono senza ritardo ai loro reclami nel rispetto del Regolamento Aziendale sulla pubblica tutela 1.

1 Adottato con Deliberazione n. 744 del 22.07.2015

2 Pubblicata sul sito web istituzionale dell'ASL Salerno, sezione "Amministrazione trasparente – Servizi erogati – Carta dei servizi e standard di qualità.

2. Nei rapporti col pubblico è fatto divieto:

- di porre in essere azioni dirette ad orientare o indirizzare l'utenza verso strutture private e più in generale volte a favorire interessi privati;
- di creare gruppi, pagine, profili o simili sul web o sui social networks riconducibili o riferibili all'Azienda;
- di rilasciare dichiarazioni o pubblicare commenti sui social networks lesivi dell'immagine istituzionale, in violazione del segreto d'ufficio, della riservatezza, della privacy, denigratori nei confronti di colleghi e/o superiori o in contrasto con le politiche dell'amministrazione.

3. Il personale dipendente, nell'ambito di una corretta comunicazione dei rischi legati al percorso di cura, fornisce tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, al fine di garantire la sottoscrizione consapevole del consenso informato e il miglioramento delle relazioni tra il personale sanitario e il paziente, i suoi familiari e/o il *caregiver* familiare.

4. I/le dipendenti curano il rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati dall'Azienda anche nella propria carta della qualità dei servizi².

5. I/le dipendenti operano al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità.

6. I/le dipendenti non assumono impegni né anticipano l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Forniscono informazioni e notizie relative ad atti od operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi anche della rete degli Uffici per le relazioni con il pubblico. Rilasciano copie ed estratti di atti o documenti secondo la propria competenza, con le modalità stabilite dalle norme e dal Regolamento Aziendale in materia di accesso e dai regolamenti aziendali.

7. I/le dipendenti osservano il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informano il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non siano competenti a provvedere in merito alla richiesta, curano, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente della Azienda.

8. Alle comunicazioni di posta elettronica è fatto obbligo di rispondere con lo stesso mezzo, riportando tutti gli elementi idonei ai fini della identificazione del responsabile della comunicazione e della esaustività della risposta.

9. È obbligo del personale dipendente salvaguardare le informazioni riservate anche dopo che è cessato il rapporto di lavoro con l'Azienda

art. 18 - Disposizioni particolari per i dirigenti

1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, le norme del presente articolo si applicano ai dirigenti, ivi compresi i soggetti che svolgono funzioni equiparate ai dirigenti, nonché ai funzionari responsabili di posizione organizzativa.

2. Il/la dirigente, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità:

- promuove la conoscenza e la massima diffusione dei contenuti del Codice presso coloro che operano nelle strutture di afferenza;
- assicura, intervenendo anche nella programmazione annuale, la formazione continua in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
- attiva tempestivamente il procedimento disciplinare in caso di accertate violazioni del Codice;
- rispetta in prima persona e vigila sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, incarichi di lavoro e cumulo di incarichi da parte dei soggetti operanti presso l'ente e tenga conto degli esiti della vigilanza ai fini del rilascio di eventuali autorizzazioni e dei possibili conflitti di interessi;
- assolve tempestivamente agli obblighi di comunicazione di cui al comma 3 dell'art. 13 del Regolamento approvato con DPR 16 aprile 2013, n. 62, entro e non oltre dieci giorni dal conferimento dell'incarico, nonché all'aggiornamento – preferibilmente a cadenza annuale - della comunicazione relativa a partecipazioni azionarie e ad altri interessi finanziari, che possono porre il dirigente medesimo in posizione di conflitto di interessi;
- adotta o contribuisce ad adottare le misure necessarie per proteggere l'integrità fisica e psicologica delle persone, impegnandosi a mantenere ambienti e climi di lavoro sicuri e salubri in conformità alla normativa vigente nazionale e internazionale;
- segnala tempestivamente le infrazioni di cui venga a conoscenza, prestando la propria collaborazione quando richiesta, e provveda ad informare il dirigente gerarchicamente superiore delle eventuali situazioni che necessitano di una tempestiva denuncia alle Autorità competenti;
- adotta ogni cautela di legge nel caso in cui riceva segnalazioni di illeciti, affinché il segnalante sia tutelato ai sensi dell'art. 54 bis, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" e che siano previste forme di tutela da misure discriminatorie dirette o indirette anche per i testimoni.

3. Il/la dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.

4. Ai sensi dell'art. 13 del D.P.R. 62/2013, è previsto l'obbligo del dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare alla UOC Gestione del Personale, le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti l'ufficio.

5. Le comunicazioni di cui al comma 4 del presente articolo sono rese dal dirigente, prima di assumere le sue funzioni, al responsabile della struttura d'appartenenza e, laddove si tratti di dirigenti apicali, al dirigente responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane dell'Azienda. Tali comunicazioni vanno aggiornate periodicamente ogniqualvolta si determinino variazioni rilevanti e, comunque, con cadenza annuale fissata nel mese di gennaio di ogni anno.

6. Il/la dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.

7. Il/la dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.

8. Il/la dirigente, anche ai fini della valutazione della performance individuale, assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.

9. Il/la dirigente verifica, per la parte di propria competenza, le situazioni di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi di lavoro, al fine di evitare pratiche illecite di “doppio lavoro”.
10. Il/la dirigente svolge la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni ed i tempi prescritti.
11. Il/la dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito, attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero segnala tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla corte dei conti per le rispettive competenze. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rilevata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.
12. Il/la dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Azienda.
13. I Direttori/Direttrici di strutture sanitarie sono direttamente responsabili dell'eventuale presenza all'interno della struttura di pertinenza di personale estraneo al servizio (frequentatori volontari, medici in formazione, ecc.) o di qualsiasi altra attività che non sia stata previamente autorizzata dalla Direzione Sanitaria. La presenza di soggetti estranei o lo svolgimento di attività non autorizzate, è fonte di responsabilità disciplinare e dirigenziale e potenzialmente lesiva della tutela della privacy degli utenti eventualmente coinvolti, salva qualsiasi altra ulteriore conseguenza.
14. È fatto obbligo ai dirigenti, nell'ambito della propria sfera di competenza, segnalare all'Ufficio Relazioni con il Pubblico articoli della stampa o comunicazioni sui media che appaiano ingiustamente denigratori dell'organizzazione o dell'azione dell'Azienda affinché sia diffusa tempestivamente una risposta con le adeguate precisazioni o chiarimenti per mettere in luce il corretto agire dell'Azienda.
15. È fatto obbligo ai dirigenti, nell'ambito della propria sfera di competenza, segnalare i casi di buone prassi o di risultati positivi ottenuti dall'Azienda affinché se ne dia notizia anche sul sito internet dell'amministrazione.
16. Il/la dirigente, nello svolgimento della libera professione, ha il dovere di rispettare le specifiche disposizioni che contemplano le situazioni di incompatibilità e di conflitto di interesse, che vietano la sovrapposizione con l'attività istituzionale, che definiscono le condizioni ostative e gli adempimenti finalizzati a garantire la tracciabilità dell'attività e dei pagamenti e la corretta e tempestiva contabilizzazione delle somme incassate, nonché ogni altra disposizione normativa, contrattuale od aziendale in materia.
17. Nel rispetto dell'obbligo di appropriatezza di cui all'art. 15-decies del D.Lgs. n. 502/1992, anche al fine di incrementare il livello di apprezzamento per le prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda, i medici, all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti ad informare il paziente sulla imputabilità o meno a carico del SSN dei farmaci e/o delle prestazioni prescritte.

art. 19 - Contratti ed altri atti negoziali

1. Nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi il personale dipendente:
 - agisce secondo il principio dell'ottenimento del massimo vantaggio per l'ASL nel perseguimento dei propri fini istituzionali;
 - non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.
2. Il/la dipendente, nello svolgimento delle gare pubbliche, si richiama al rispetto del principio di libera concorrenza e al divieto di inserire nei capitolati speciali caratteristiche tecniche non oggettivamente giustificate.
3. Il/la dipendente non conclude, per conto dell'amministrazione, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre

utilità nel triennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile. Il presente comma è coordinato con la misura generale di prevenzione della corruzione denominata “pantouflage” la quale prevede che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

4. Nel caso in cui l'amministrazione concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio.

5. Il/la dipendente che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione, ne informa per iscritto il dirigente dell'ufficio.

6. Se nelle situazioni di cui ai commi 2 e 3 si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente apicale responsabile della gestione del personale.

7. Il/la dipendente che riceva, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'amministrazione, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.

8. Nei provvedimenti di aggiudicazione e autorizzazione alla stipula dei contratti di cui al precedente comma 2, il/la dirigente proponente o competente alla loro adozione attesta l'insussistenza delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo.

9. Il/la dipendente è particolarmente tenuto al rispetto puntuale delle norme di comportamento in materia contenute nel PTPC, con particolare riguardo alla diversa gradazione del livello di esposizione al rischio corruzione.

10. Il/la dipendente, nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Azienda, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, non chiede né accetta benefit impropri per uso privato, quali, a titolo esemplificativo:

- eccedenze di fornitura conseguenti ad acquisti;
- campioni gratuiti di beni in quantità superiore a quanto previsto dalla normativa o da specifiche procedure aziendali;
- doni che, seppur presentati con valore al di sotto della soglia consentita, siano percepiti dal ricevente di valore superiore e/o siano elargiti con ricorrenza;
- comodati d'uso e valutazioni in prova che non siano stati autorizzati dalla direzione aziendale e il cui impiego non sia pertinente alle funzioni svolte dal soggetto e/o dalla unità operativa presso cui lo stesso è incardinato;
- benefici economici a qualunque titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra ufficio.

11. In sede contrattuale, i singoli fornitori e/o appaltatori si devono impegnare espressamente a condividere e a rispettare i principi sopra enunciati.

12. La violazione del “Codice di comportamento” da parte di un terzo (operatore economico) tenuto all'osservanza e al rispetto del medesimo può comportare, in base alla gravità della stessa, la risoluzione del rapporto contrattuale in essere, nonché il risarcimento dei danni subiti per la lesione dell'immagine aziendale. Nel caso di attivazione di nuovi rapporti contrattuali con operatori economici, nei contratti stessi saranno previste clausole risolutive espresse in caso di violazione degli obblighi derivanti dal “Codice”. A tal fine l'Azienda ha predisposto anche un patto di legalità/protocollo di integrità, da far siglare a tale operatore economico. Il soggetto responsabile della procedura contrattuale è tenuto a garantire la sottoscrizione e l'osservanza dei patti d'integrità tra l'Amministrazione e l'Impresa/Soggetto contraente.

art. 20 – Norme di condotta correlate a processi a rischio

1. Il Piano della Prevenzione della Corruzione individua le aree di rischio corruttivo, suddividendole in:
 - a) obbligatorie – aree individuate in base ad esperienza nazionale ed internazionale, da ritenersi ricorrenti nelle pubbliche amministrazioni ed individuate dalla Legge n. 190/2012;
 - b) generali – aree individuate dalla Determinazione ANAC 12/2015;
 - c) specifiche – aree individuate dalla Determinazione ANAC 12/2015 specificatamente per la Sanità e dall’analisi del contesto in cui opera l’Azienda.
2. Premesso che per ciascuna delle aree a rischio corruttivo – obbligatorie, generali e specifiche – vanno individuate delle specifiche norme di condotta che sono rinviate a cura delle Unità Operative coinvolte, si ritiene utile, nel presente Codice di Comportamento, definire le norme di condotta correlate a processi a rischio specifici, così come individuati dal Piano di Prevenzione della Corruzione aziendale.

20.1 - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

I/le dipendenti:

- a) non possono in alcun modo comunicare in anticipo un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri;
- b) non possono segnalare ai parenti una specifica impresa di onoranze funebri;
- c) non accettano regali o quote degli utili da parte di imprese di onoranze funebri;
- d) non sollecitano né accettano regali, compensi o altre utilità in relazione all’espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

I Dirigenti, i coordinatori infermieristici, tecnici e sanitari sono tenuti alla massima vigilanza sulla osservanza delle presenti norme di condotta.

20.2 - Attività libero professionali

I/le dipendenti:

- a) non esercitano l’attività libero-professionale in sostituzione di quella ordinaria;
- b) garantiscono la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell’attività libero professionale intramuraria;
- c) non indirizzano i pazienti presso strutture sanitarie private favorendo professionisti esterni all’Azienda;
- d) informano correttamente i pazienti sui percorsi aziendali;
- e) non favoriscono nel percorso istituzionale pazienti trattati in regime di libera professione.

In particolare:

- a) i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture di riferimento sono tenuti ad esercitare un’attività di controllo anche ai fini del corretto espletamento della primaria attività istituzionale;
- b) gli addetti all’Ufficio preposto all’organizzazione e gestione della Libera Professione sono tenuti ad esercitare con rigore l’attività di coordinamento e di controllo di propria competenza unitamente agli uffici dell’Amministrazione del Personale.

20.3 - Liste di attesa

I/le dipendenti:

- a) gestiscono le liste di attesa nel rigoroso rispetto dell’ordine di priorità assistenziale e, a parità, dell’ordine cronologico delle richieste di prestazione. In caso di necessità, si impegna ad attivare specifici “percorsi di garanzia”, al fine di assicurare il diritto dei cittadini all’erogazione delle prestazioni secondo i tempi previsti;
- b) prevedono condizioni di accesso idonee a garantire equità di trattamento;
- c) non promettono e non svolgono pratiche in favore di utenti atte a costituire disparità di trattamento o condizioni di privilegio nell’erogazione delle prestazioni sanitarie e nell’espletamento delle attività istituzionali.

20.4 - Pagamento ticket

I/le dipendenti:

- a) applicano con rigore le disposizioni vigenti in materia di pagamento dei tickets;
- b) non svolgono riconoscimenti indebiti dell'esenzione dal pagamento di tickets sanitari al fine di agevolare determinati soggetti;
- c) specificatamente per il personale dipendente del Pronto Soccorso, non attribuiscono ai pazienti il codice di priorità "verde" in modo artificioso al posto del codice di priorità "bianco", al fine di evitare il pagamento del corrispondente ticket.

20.5 - Acquisizione dei farmaci e presidi I/le dipendenti:

- a) non esercitano accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara, volti a manipolarne gli esiti, tramite l'utilizzo del meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- b) definiscono i requisiti tecnico-economici di accesso alla gara in modo trasparente ed oggettivo al fine di evitare di favorire un'impresa a discapito delle altre;
- c) non rivelano e non utilizzano segreti d'ufficio volti a favorire un concorrente;
- d) non utilizzano in modo distorto il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
- e) non utilizzano la procedura negoziata e non abusano dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- f) non ammettono varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire maggiori guadagni;
- g) non eludono le regole di affidamento degli appalti tramite l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto;
- h) tutelano la libertà e il regime di concorrenza nello svolgimento di gare pubbliche;
- i) si astengono in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto e negli altri casi previsti dalla legge;
- j) rispettano, nell'ambito delle procedure di affidamento, i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, imparzialità nonché quello di pubblicità secondo quanto previsto dal codice dei contratti.

20.6 - Sperimentazioni cliniche

I/le dipendenti che partecipano alle sperimentazioni cliniche:

- a) acquisiscono, prima di avviare qualunque studio clinico che s'intende condurre presso l'Azienda, il parere del Comitato Etico e l'autorizzazione della Direzione aziendale;
- b) adottano metodi di ricerca appropriati, rispettando le norme ed i regolamenti relativi alla ricerca, le condizioni contrattuali ove presenti, i principi etici e deontologici che ispirano l'attività medica, devono basare le conclusioni sull'analisi critica dei dati e comunicare in modo completo ed obiettivo i risultati ottenuti e la loro interpretazione;
- c) tengono una documentazione chiara ed accurata di tutte le loro ricerche, in modo tale da consentire ad altri di verificare e replicare il loro lavoro;
- d) osservano le istruzioni, le direttive e le raccomandazioni del Comitato Etico e forniscono allo stesso rapporti sullo stato di avanzamento della sperimentazione;
- e) acquisiscono le necessarie autorizzazioni rilasciate dalla Direzione aziendale e dalle Autorità competenti a ciò preposte;
- f) conducono le sperimentazioni cliniche senza compromettere il corretto espletamento dell'attività istituzionale, che va sempre e comunque anteposta a qualsiasi altra attività;
- g) dichiarano alla Direzione aziendale e al Comitato Etico i conflitti di interessi, finanziario o di altra natura, che potrebbero compromettere la credibilità del loro lavoro, sia in proposta di ricerca, articoli scientifici e comunicazioni pubbliche, quanto in ogni attività di valutazione del lavoro altrui;
- h) comunicano alla Direzione aziendale e al Comitato Etico Autorità competenti ogni sospetto caso di disonestà nella ricerca, inclusi la falsificazione e la manipolazione impropria dei dati, il plagio e altre pratiche irresponsabili che minano l'attendibilità della ricerca quali incuria, impropria inclusione o esclusione di autori, omissione di appropriati controlli o impiego di metodi analitici ingannevoli;

- i) contribuiscono a creare e sostenere un ambiente lavorativo che incoraggi l'integrità della ricerca, attraverso l'educazione, l'istituzione di regole chiare, e l'adozione di criteri aggiornati e rigorosi;
- j) garantiscono che tutti i costi della ricerca siano adeguatamente coperti con fondi dedicati e che i rapporti con lo sponsor siano trasparenti e documentati;
- k) non accettano, direttamente in favore dei soggetti (persone fisiche) coinvolti nella sperimentazione clinica, pagamenti a titolo di corrispettivo per l'attività di sperimentazione clinica considerato l'obbligo per i promotori delle sperimentazioni cliniche di effettuare pagamenti solo in favore delle istituzioni di afferenza.

20.7 - Gestione documentazione sanitaria (cartelle cliniche, radiografie, referti sanitari)

I/le dipendenti:

- a) assicurano la massima diligenza nella compilazione, tenuta e controllo delle cartelle cliniche, radiografie, referti e risultanze diagnostiche con riferimento alla propria sfera d'intervento;
- b) non falsificano, i dati contenuti nella documentazione sanitaria per tornaconto personale.

art. 21 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative

1. Ai sensi dell'articolo 54, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, vigilano sull'applicazione del presente codice e del codice adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno, l'ufficio di disciplina ed il responsabile della prevenzione della corruzione.
2. Ai fini dell'attività di vigilanza e monitoraggio prevista dal presente articolo, l'Azienda si avvale dell'ufficio procedimenti disciplinari.
3. Le attività svolte ai sensi del presente articolo dall'ufficio procedimenti disciplinari si conformano alle previsioni contenute nel piano di prevenzione della corruzione adottato dall'Azienda. L'ufficio procedimenti disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.
4. Il Responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'Azienda, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal presente articolo, l'ufficio procedimenti disciplinari opera in raccordo con il responsabile della prevenzione di cui all'articolo 1, comma 7, della legge n. 190 del 2012.
5. Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione dei codici di comportamento, l'ufficio procedimenti disciplinari può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2, lettera d), della legge n. 190 del 2012.
5. Al personale dell'Azienda sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti dei codici di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.
6. Dall'attuazione delle disposizioni del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della Azienda che deve provvedere agli adempimenti previsti nell'ambito delle risorse umane, finanziarie, e strumentali già disponibili.
7. È fatto obbligo ai componenti dell'U.P.D. di indirizzare i dipendenti dell'amministrazione su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari. Al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale, l'U.P.D. opera in raccordo con l'ufficio di appartenenza del dipendente, con il servizio del personale competente al rilascio di autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e con il servizio preposto alla valutazione della performance e del riconoscimento della retribuzione accessoria ad essa collegata.

art. 22 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice

1. La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.

2. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Azienda. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla legge, dai contratti collettivi e dal vigente codice disciplinare aziendale.

3. Ai sensi dell'articolo 16, comma 2, secondo capoverso, del Codice di Comportamento dei Dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62), comportano l'applicazione delle sanzioni espulsive (licenziamento per giustificato motivo e per giusta causa) violazioni gravi e reiterate degli obblighi riportati nella seguente tabella: **Illeciti che comportano la comminazione della sanzione disciplinare del licenziamento con preavviso e del licenziamento senza preavviso ai sensi del Codice di Comportamento di cui al D.P.R. n. 62/2013**

Norma di riferimento

Art. 4 “Regali, compensi ed altre utilità”

Illecito

Violazione dell'obbligo di non accettare regali, compensi ed altre utilità qualora concorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'Ufficio

Art. 5, comma 2, “Partecipazione ad associazioni ed organizzazioni”

Violazione dell'obbligo di non costringere altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni e di non esercitare pressioni a tal fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

Art. 14, comma 2 primo periodo, “Contratti ed altri atti negoziali”

Violazione dell'obbligo di non concludere contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali si sia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente

Art. 4, comma 6 “Regali, compensi ed altre utilità”

Recidiva della violazione dell'obbligo di non accettare incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti l'ufficio di appartenenza

Art. 6. Comma 2 “Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse”

Recidiva della violazione dell'obbligo di astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni in situazioni di conflitto reale di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado

Art. 13, comma 9 primo periodo “Disposizioni particolari per i

Recidiva della violazione dell'obbligo di evitare che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano

4. Inoltre, ai sensi del D.lgs. n. 114/2016,, comma 3 bis: “Nel caso di cui al comma 1, lettera a), la falsa attestazione della presenza in servizio, accertata in flagranza ovvero mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze, determina l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente, fatto salvo il diritto dell'assegno alimentare nella misura stabilita dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti, senza obbligo di preventiva audizione dell'interessato”.

5. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai contratti collettivi.

6. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi.

art. 23 – Procedure di adozione, modifica e diffusione del Codice di comportamento

1. Il “Codice di comportamento” è patrimonio comune di tutti coloro che operano in e per l’Azienda. L’adozione e gli eventuali aggiornamenti del “Codice” seguono una “procedura aperta alla partecipazione previo parere obbligatorio dell’Organismo indipendente di valutazione”.
2. Nel processo di formazione del codice l’ASL promuove la massima partecipazione dei dipendenti e delle dipendenti, favorendo l’adeguata comprensione del contesto e delle finalità del codice, e degli altri portatori di interesse (stakeholders), interni ed esterni.
3. L’OIV esprime un parere obbligatorio sul codice (art. 54, co. 5, d.lgs.165/2001), verificando che esso sia conforme a quanto previsto nelle Linee guida ANAC.
4. L’UPD, in stretta collaborazione con il RPCT, partecipa alla definizione dei doveri del codice e della corrispondenza tra infrazioni e sanzioni disciplinari.
5. La partecipazione dei dipendenti rileva in termini di effettività sostanziale dei codici ovvero non solo di rispetto formale dei doveri ivi contenuti ma anche di una loro piena accettazione e adesione.
6. I portatori di interesse (stakeholders) esprimono l’opinione di associazioni o di singoli cittadini o di imprese che fruiscono delle attività e dei servizi prestati dalla specifica amministrazione. I privati, partecipando alla procedura, sono anche posti nella condizione di conoscere i comportamenti attesi dai funzionari, sia per quanto concerne le attività e i compiti che questi sono tenuti a svolgere all’interno dell’amministrazione, sia per quel che concerne i rapporti con i cittadini e le imprese.
7. L’Azienda garantisce la più ampia diffusione al presente Codice, mettendolo a disposizione con modalità telematica, in particolare attraverso il proprio sito istituzionale www.aslsalerno.it.
8. L’Azienda, al momento dell’instaurazione di un rapporto di lavoro comunque denominato o all’atto di conferimento dell’incarico o di un contratto d’appalto mette a disposizione copia del codice di comportamento e provvede a far siglare il Patto di integrità/protocollo di Legalità che ne riporta i contenuti.
9. Ai sensi dell’art. 17 della Legge n. 190/2012 l’Azienda prevede negli avvisi, bandi di gara o lettere d’invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti d’integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.
10. L’Azienda si riserva di apportare al presente “Codice” le modifiche, rettifiche e/o integrazioni che si ritengano necessarie anche alla luce di eventuali innovazioni normative o contrattuali e delle disposizioni della Regione Campania e delle direttive ANAC.
11. Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione verifica annualmente lo stato di attuazione del “Codice” e trasmette all’Organismo Indipendente di Valutazione i dati rilevati dall’UPD circa il numero ed il tipo di violazioni accertate e sanzionate ed in quali aree si concentra il più alto tasso di violazioni.
12. Il “Responsabile” provvede, inoltre, alla comunicazione di tali dati all’Autorità Nazionale Anticorruzione, secondo la scheda di rilevazione predisposta dalla stessa autorità, ne dà pubblicità sul sito istituzionale e utilizza tali dati al fine della formulazione di eventuali interventi da proporre alla direzione strategia aziendale, volti a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le cattive condotte.
13. Per quanto non disciplinato nel presente “Codice” si fa riferimento alle vigenti disposizioni di legge normative e contrattuali.

3.5 Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa

Nella presente sezione vengono riportati i documenti configuranti il Sistema di Valutazione della Performance Individuale e Organizzativa di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, approvati per la Dirigenza e per il Comparto rispettivamente con delibera n. 863 del 30.06.2022 e delibera n. 1343 del 28.11.2022.

3.5.1 Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa – DIRIGENZA



Aggiornato al 31.05.2022*
per la parte relativa alle norme e alle disposizioni attuative aziendali

*Il presente documento è stato sottoposto alle Organizzazioni Sindacali della dirigenza, dalle quali sono stati formulati suggerimenti e proposte, successivamente condivisi dallo stesso OIV nel verbale n. 10 del 31/05/2022.

INDICE

NORMATIVA E ATTI DI RIFERIMENTO

PREMESSA

ART. 1 – Oggetto

ART. 2 – Soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance individuale

ART. 3 – La misurazione e la valutazione della performance della dirigenza

ART. 4 - La valutazione della performance della dirigenza apicale

ART. 5 – La valutazione della performance della dirigenza con incarico di struttura

ART. 6 - La valutazione della performance dei dirigenti professional

ART. 7 – La procedura di conciliazione

ART. 8 – Collegamenti tra il Sistema di valutazione della performance e il Sistema Premiante

ART. 9 – Disposizioni finali

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D. Lgs. n.74 del 25.05.2017
- D. Lgs. n.75 del 25.05.2017
- Decreto Presidente della Repubblica n. 105 del 9 maggio 2016
- DM 02.12.2016
- Delibere dell'ANAC: n. 201/2022 n. 294/2021, n. 213/2020, n. 141/2019, n.141/2018, n. 236/2017, n. 1310/2016, n. 43/2016, n. 39/2016, n. 23/2013, n. 12/2013, n. 6/2013, n. 6/2012, 5/2012, n. 4/2012, 1/2012.
- D.Lgs. n. 33/2013 e s.m. e i.
- D.Lgs. n. 158/2012 convertito nella Legge n. 189/2012
- D. Lgs. 150/2009 e s. m. e i.
- D.lgs. 165/2001 e s.m. e i.
- D.Lgs. 286/1999 e s.m. e i.
- D.lgs. 502/92 e s.m. e i.
- D.G.R.C. n. 214/2007
- DCA n. 14 del 01.03.2017
- CC.NN.LL. della dirigenza Area Sanità e P.T.A.
- Delibera ASL SA n. 968 del 4.08.2021.

ATTI DI RIFERIMENTO

➤ Atti e Disposizioni della Direzione Generale:

- Piano della Performance 2021-2023 – delibera n. 620 del 14.05.2021.
- Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 delibera n. 416 del 30.03.2021.
- Delibera n. 186 del 24.10.2019 – Nomina componenti OIV.
- Delibera n. 343 del 14.04.2015 – Regolamento funzionamento OIV

PREMESSA

Il D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., così come integrato dal D.Lgs. n. 74/2017, dal D.Lgs. n. 75/2017, definisce la disciplina del sistema di valutazione della performance dei dipendenti e delle strutture delle pubbliche amministrazioni.

La valutazione della performance si riferisce sia all'amministrazione nel suo complesso, (Unità Operative, aree di responsabilità in cui si articola), sia ai singoli dipendenti, ed è volta al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali e relazionali.

Il Sistema di valutazione è strettamente correlato al Ciclo di gestione della performance annuale, al Piano triennale della Performance, al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nonché alle disposizioni attuative della Direzione Strategica.

Art. 1 – Oggetto

Le presenti Linee Guida disciplinano:

- Il processo di valutazione della performance individuale e organizzativa annuale dei dirigenti;
- la metodologia applicativa delle procedure connesse, definita dalla Direzione Strategica su proposta dell'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV).

Art. 2 – Soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance individuale.

Nel processo di misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale interagiscono diversi soggetti, per quanto di competenza:

- la Direzione Strategica dell'ASL Salerno;
- le Direzioni dei Mcdr con il supporto tecnico dei Referenti del SMVP;
- i Valutatori e i Valutati;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- Il Gruppo di Supporto Tecnico OIV nell'ambito dell'U.O.C. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione.
-

In tutti i casi in cui il Valutatore, nel corso dell'anno di valutazione, esce dal processo per cessazione a qualsiasi titolo (pensionamento, trasferimento, ecc.), il successore subentra, a pieno titolo, quale soggetto Valutatore, in ossequio al principio di continuità amministrativa.

Art. 3 – La misurazione e la valutazione della performance della dirigenza - criteri generali

Il processo di valutazione della performance individuale, per ciascun anno di riferimento, inizia con la programmazione annuale degli obiettivi e culmina con l'attività di verifica e di valutazione finale, che viene espressa sulla scheda di valutazione individuale di ciascun dirigente.

Le Direzioni dei MCDR coordinano il processo valutativo dei dirigenti afferenti al Mcdr, con il supporto dei Referenti del SMVP ed in integrazione operativa con il Gruppo di Supporto Tecnico all'OIV.

Nello specifico la valutazione della performance individuale annuale dei dirigenti si sviluppa in due ambiti:

1. **ambito operativo**, attinente al raggiungimento degli obiettivi del MCDR/UO di diretta responsabilità, nonché degli obiettivi specifici individuali,
2. **ambito comportamentale**, diretto a valutare le competenze e abilità del dirigente valutato.

A ciascun ambito é assegnato uno specifico peso, differenziato a seconda della tipologia dell'incarico e delle correlate responsabilità del dirigente da valutare.

Il punteggio complessivo, utile per la valutazione individuale, si ottiene dalla media dei punteggi relativi all'ambito operativo e all'ambito comportamentale, tenendo conto dei corrispettivi pesi.

La valutazione finale si ritiene positiva qualora il risultato complessivo ottenuto sia => 60%.

La scheda di valutazione individuale si articola in sottomodelli che si differenziano a seconda della tipologia di incarico del dirigente.

Detti modelli di seguito illustrati, sono pubblicati in formato elettronico sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione trasparente", - area personale - "OIV".

Le Direzioni dei Mcdr, le Funzioni Centrali e le Strutture di Staff *devono trasmettere all'OIV, per il tramite del Gruppo di Supporto Tecnico, le schede individuali dei dirigenti valutati e gli atti correlati alla valutazione annuale, entro il primo trimestre dell'anno successivo al periodo di valutazione (31 marzo), con nota di accompagnamento, segnalando anche eventuali contenziosi attivati.*

Alla nota di trasmissione deve essere allegato il report di sintesi della valutazione annuale, nel quale devono essere riportati i dati identificativi dei valutati e dei valutatori e le risultanze finali della valutazione individuale.

Art. 4 – La valutazione della performance dei Direttori dei MCDR (Direttori di Dipartimento, Distretti, Direttori Amministrativo e Sanitario dei Presidi, Direttori delle Funzioni Centrali, individuati dalla Direzione Aziendale)

La valutazione della performance annuale della dirigenza di vertice si articola in due ambiti:

- **ambito operativo**
- **ambito comportamentale**

La valutazione dell'ambito operativo della predetta dirigenza si riferisce alla verifica e valutazione degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica con il processo di negoziazione della programmazione e del budget annuale, in correlazione con il ciclo della performance.

La valutazione della performance individuale, pertanto, è strettamente correlata alla valutazione della performance organizzativa del MCDR. La Direzione Strategica individua gli obiettivi specifici, i relativi indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa.

La scheda di valutazione individuale si articola nei seguenti modelli integrati:

- A. Scheda performance organizzativa** contenente gli obiettivi, gli indicatori e i target negoziati con il processo di programmazione e budget, anche per il tramite del Comitato Budget;
- B. Scheda individuale del dirigente** che comprende i seguenti sottomodelli, così come modificati a seguito di proposta dell'OIV in data 1.07.2021, ratificata dalla Direzione Aziendale con nota prot. 190973 in data 17.09.2021, per gli anni dal 2018 a seguire, nell'ottica della semplificazione delle procedure:
 1. **MOD. VF - A:** valutazione finale annuale, in cui è riportato il risultato ottenuto nell'ambito operativo con la scheda della performance organizzativa e gli obiettivi individuali assegnati, tenendo conto della valutazione (positiva o negativa) dell'OIV e, nell'ambito comportamentale, tenendo conto della valutazione (positiva o negativa) della Direzione Aziendale.
 2. **MOD. C - A:** valutazione comportamentale. Il valutatore (Direzione Aziendale) attribuisce a ciascun dirigente la valutazione positiva o negativa, tenuto conto dei parametri (partecipazione alla gestione aziendale – problem solving e gestione dei conflitti) indicati nella scheda **mod. C – A**.

Ai fini della valutazione, il dirigente apicale trasmette all'OIV, la relazione finale, che deve contenere elementi oggettivi utili alla valutazione, la realizzazione degli obiettivi indicati nella scheda della performance organizzativa.

I dirigenti con incarichi presso più MCDR, dovranno relazionare distintamente per ogni Macrocentro di riferimento.

Art. 5 – La valutazione della performance della dirigenza con incarico di Struttura.

Sono individuati in questa area di valutazione tutti i Dirigenti con incarico di Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale e Struttura Semplice. La valutazione dei due ambiti fa riferimento ai seguenti pesi:

- **ambito operativo = 60 %**
- **ambito comportamentale = 40 %**

Per la valutazione del dirigente con incarico di struttura si utilizzano i modelli elencati di seguito:

MOD. OP: per la programmazione degli obiettivi individuali.

Gli obiettivi assegnati devono essere formulati con evidenza e condivisione dei parametri di misurazione sui quali si baserà la valutazione della performance individuale a consuntivo da parte del Valutatore, che dovrà essere condivisa da parte del dirigente assegnatario degli obiettivi.

Modelli per la valutazione finale

- a. **MOD. VF - S:** valutazione finale annuale, in cui sono riportati i risultati ottenuti nell'ambito operativo con la scheda della performance organizzativa e nell'ambito comportamentale tenendo conto dei corrispettivi pesi sopraindicati.
- b. **MOD. OR - S:** risultati raggiunti, riporta la verifica degli obiettivi assegnati nel MOD. OP e i risultati raggiunti.
- c. **MOD. C - S:** la valutazione comportamentale è riferita agli indicatori riportati nel modello comportamentale. A ciascun indicatore il valutatore attribuisce uno dei quattro punteggi di valutazione di seguito indicati: bassa =25, media =50, alta =75, eccellente =100.

Ai fini della valutazione il dirigente trasmette una relazione al valutatore sovraordinato. Detta relazione deve contenere elementi oggettivi utili alla valutazione, la realizzazione degli obiettivi e, per l'ambito comportamentale, la verifica dei parametri indicati nel suddetto modello C- S.

Art. 6 - La valutazione della performance dei dirigenti senza incarico di struttura

Sono considerati professional tutti i dirigenti con incarico professionale di cui al CCNL art. 27 punti c), d) e tutti gli altri dirigenti non compresi nelle sezioni precedenti, senza incarico di Struttura.

La pesatura degli ambiti di valutazione è la seguente:

- **ambito operativo = 50 %**
- **ambito comportamentale = 50 %**

I modelli da utilizzare sono:

MOD. OP: per la programmazione degli obiettivi individuali.

Gli obiettivi assegnati devono essere formulati con evidenza e condivisione dei parametri di misurazione sui quali si baserà la valutazione della performance individuale a consuntivo da parte del Valutatore, che dovrà essere condivisa da parte del dirigente assegnatario degli obiettivi.

E' fatto obbligo al Direttore sovraordinato di assegnare al dirigente professional gli obiettivi che dovranno essere formulati in un lasso di tempo immediatamente successivo all'assegnazione di quelli disposti per lo stesso Direttore Valutatore.

Gli obiettivi dovranno, preliminarmente, riportare un programma di lavoro che tenga conto, anche delle pregresse attività pendenti, indicando i parametri di misurazione sui quali si baserà la valutazione della performance individuale in relazione alle attività da misurare a consuntivo da parte del Valutatore.

Il Piano di Lavoro dovrà essere condiviso/negoziato con il dirigente assegnatario degli obiettivi.

Al dirigente da valutare dovranno, inoltre, essere garantiti tutti gli strumenti e mezzi nonché personale assegnato, necessari al fine dei raggiungimento degli obiettivi.

Modelli per la valutazione finale

- **MOD. VF - P:** valutazione finale annuale, in cui sono riportati i risultati ottenuti nell'ambito operativo con la scheda della performance organizzativa e nell'ambito comportamentale tenendo conto dei corrispettivi pesi sopraindicati.
- **MOD. OR - P:** risultati raggiunti, riporta la verifica degli obiettivi assegnati nel MOD. OP e i risultati raggiunti.
- **MOD. C - P:** la valutazione comportamentale è riferita a cinque indicatori riportati nel modello comportamentale. A ciascun indicatore il valutatore attribuisce uno dei quattro punteggi di valutazione di seguito indicati: bassa =25, media =50, alta =75, eccellente =100.

Ai fini della valutazione il dirigente può trasmettere al valutatore sovraordinato una relazione contenente elementi oggettivi per la verifica degli obiettivi e per la valutazione dell'ambito comportamentale.

A conclusione del processo di valutazione annuale il dirigente valutato sottoscrive la scheda finale di valutazione per presa visione e riceve copia della stessa.

Art. 7 – La procedura di contenzioso-conciliazione

In caso di non condivisione della valutazione finale è previsto un sistema di verifica e valutazione della regolarità formale e metodologica del processo valutativo effettuato, a garanzia di quanto stabilito nei CC.NN.LL. e nei regolamenti attuativi del D.Lgs 150/2009 e s.m. e i.

Nello specifico il dirigente che intende attivare la procedura di contenzioso, **entro trenta giorni dalla presa visione della scheda di valutazione**, trasmette all'OIV, alla Direzione del Macrocentro di appartenenza e al valutatore, una relazione dettagliata sulle motivazioni della contestazione del giudizio espresso per ciascuna area di valutazione non condivisa. Tale relazione può essere inviata, da parte del valutato, anche al Dipartimento funzionale di afferenza, al quale potrà essere richiesto un parere nelle fasi successive del processo conciliativo.

La mancanza di sottoscrizione, per presa visione, della scheda individuale da parte del dirigente valutato non consente il completamento del procedimento valutativo del dirigente interessato.

Il Valutatore, a sua volta, deve trasmettere una relazione, in merito al giudizio espresso, al Direttore del MCDR (entro 10 giorni).

La Direzione del MCDR può convocare il valutato e il valutatore entro 10 giorni per una prima fase di conciliazione, comunicando di seguito le risultanze all'OIV.

Nel caso in cui in tale prima fase conciliativa il contenzioso non si risolva, l'OIV convocherà in audizione (entro 10 giorni) il valutato e il valutatore per il tramite della Funzione a Supporto OIV, che acquisirà, precedentemente l'audizione, tutti gli atti di riferimento.

Le risultanze della valutazione dell'OIV sono riportate nei verbali collegiali e notificate agli interessati entro 10 giorni.

Nei casi di conflittualità/animosità che possano influire sulla serenità di giudizio tra Valutatore e valutato, l'OIV propone all'Amministrazione l'individuazione di Valutatore che sia terzo rispetto ai processi in corso.

Il procedimento di revisione deve concludersi entro 90 giorni dal primo atto di valutazione.

Art. 8 – Collegamenti tra il SMVP e il Sistema Premiante - Effetti della valutazione negativa dei risultati raggiunti relativamente alla performance

La correlazione tra le risultanze della Valutazione della Performance Individuale e il Sistema Premiante è definita negli Accordi Integrativi tra la Direzione Aziendale e le OO.SS. competenti per Area. Gli atti adottati dalla Direzione relativa ai suddetti Accordi sono notificati anche all'OIV per quanto di competenza.

L'eventuale valutazione negativa, ossia inferiore al valore della soglia di positività di cui al suindicato art. 3, determina la perdita della retribuzione di risultato e quanto in merito definito nei CC.NN.LL.

Art. 9 – Disposizioni finali

Le disposizioni contenute nelle presenti linee guida potranno essere di seguito integrate sulla base di determinazioni della Direzione Strategica definite di concerto con l'OIV, ai sensi della normativa vigente, delle delibere dell'ANAC e delle disposizioni del Dipartimento della Funzione Pubblica. Per quanto non espressamente previsto, compresi i compiti dell'OIV, si fa riferimento alla normativa vigente in materia nonché alla delibera n. 968/2021 del 4.08.2021 concernente il Regolamento Aziendale in materia di valutazione e revoca degli incarichi Dirigenziali dell'Area Sanità.

3.5.2 Sistema di valutazione della performance annuale individuale e organizzativa – COMPARTO



*Il presente documento è stato sottoposto alle Rappresentanze Sindacali del Comparto e successivamente condiviso dall'OIV nel verbale n. 16 del 31 ottobre 2022.

PREMESSA

Ai sensi del d.l.g. 150/2009, del DPR n. 105/2016 nonché dei CC.NN.LL. l'attività di valutazione della performance è parte integrante ed irrinunciabile della gestione. Nell'Atto Aziendale dell'ASL Salerno è definito che "Il Sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti dovrà assicurare standard qualitativi ed economici tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale (art.25, c.1)".

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance (di seguito definito SMVP) è strettamente correlato al Ciclo di gestione della performance, al processo di programmazione e budget, al Piano triennale della Performance, nonché alle disposizioni attuative della Direzione Strategica.

La valutazione della performance si riferisce sia all'amministrazione nel suo complesso, sia alle sue articolazioni organizzative (Unità Operative e aree di responsabilità in cui si articola) e sia ai singoli dipendenti, ed è volta al miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché alla crescita delle competenze professionali e relazionali.

Ciò premesso, le presenti note esplicative dettano il percorso attuativo per la misurazione e **valutazione della performance annuale individuale del personale di Comparto** ed integrano *le Linee Guida del Sistema di Valutazione della Performance Annuale Individuale e Organizzativa* approvate con la delibera n. 863 del 30.06.2022 "Piano Integrato di Attività e Organizzazione ASL Salerno 2022-2024. Approvazione".

METODOLOGIA

La valutazione annuale viene effettuata nel rispetto dei principi stabiliti dal D.Lgs. 150/09 e s.m. e i. e dalle delibere attuative dell'ANAC e del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il processo di valutazione della performance individuale, per ciascun anno di riferimento, inizia con la programmazione annuale e culmina con l'attività di verifica e valutazione finale, che viene espressa sulla scheda di valutazione di ciascun dipendente.

La valutazione della performance individuale annuale si sviluppa in due ambiti:

- ✓ **ambito operativo**, attinente agli obiettivi individuali volti al raggiungimento degli obiettivi della UO di cui si fa parte (individuati all'atto della programmazione, attraverso le consuete schede utilizzate dall'Azienda, c.d. modelli E e F);
- ✓ **ambito comportamentale**, diretto a valutare le competenze e abilità del singolo dipendente.

A ciascun ambito viene assegnato uno specifico peso.

Il punteggio complessivo è determinato dalla media del punteggio relativo all'ambito operativo e del punteggio relativo all'ambito comportamentale, tenendo conto dei corrispettivi pesi.

La pesatura degli ambiti di valutazione è la seguente:

- **ambito operativo = 50 %**
- **ambito comportamentale = 50 %**

La valutazione si ritiene positiva quando il punteggio complessivo ottenuto è => 60.

SCHEDA DI VALUTAZIONE

I modelli specifici da utilizzare sono:

- **MOD. C - Comparto:** la valutazione comportamentale è riferita a cinque indicatori riportati nel modello C.

A ciascun indicatore il valutatore attribuisce uno dei punteggi di valutazione:

- **100= largamente superiore all’attesa; 80= Superiore all’attesa; 60= In linea con l’attesa; 40= Inferiore all’attesa; 20= Largamente inferiore all’attesa.**

- **MOD. VF – Comparto:** valutazione finale annuale, in cui sono riportati i risultati ottenuti nell’ambito operativo e nell’ambito comportamentale, tenendo conto dei corrispettivi pesi.

Tali modelli vengono pubblicati in formato elettronico sul sito web aziendale nella Sezione Portale Trasparenza OIV - Valutazione.

Le Direzioni dei MCDR coordinano il processo valutativo dei dipendenti afferenti al MCDR, con il supporto dei Referenti del SMVP.

A conclusione del processo di valutazione annuale il dipendente valutato sottoscrive la scheda per presa visione e riceve, su richiesta, copia della stessa.

Le Direzioni dei MCDR/Strutture Centrali archiveranno le singole schede dei propri dipendenti di comparto, inserendole nei fascicoli personali individuali e trasmetteranno all’U.O.C. Gestione Risorse Umane, con nota di accompagnamento, l’elenco dei valutati riportante i dati identificativi del valutato e del valutatore nonché i *giudizi sintetici finali* formulati.

PROCEDURA DI CONCILIAZIONE

In caso di non condivisione del giudizio finale è previsto un sistema di verifica e valutazione della regolarità formale e metodologica del processo valutativo effettuato, a garanzia di quanto stabilito nei CC.NN.LL. e nei regolamenti attuativi del d.Lgs. 150/2009 e s.m. e i.

La mancanza di sottoscrizione, per presa visione, della scheda individuale da parte del dipendente valutato, non consente il completamento del procedimento valutativo.

Nello specifico il dipendente che intenda attivare la procedura conciliativa, **entro trenta giorni dalla presa visione della scheda di valutazione**, deve trasmettere alla Direzione del Macrocentro di appartenenza e al valutatore una relazione dettagliata sulle motivazioni della contestazione del giudizio espresso, ossia l’esatta identificazione degli *item* di valutazione contestati e i relativi motivi. Le contestazioni generiche non sono ammissibili.

Il Valutatore, a sua volta, deve trasmettere una relazione in merito al giudizio espresso al Direttore del MCDR che ne completa l’istruttoria.

Il Direttore del MCDR, entro 15 gg. convoca in audizione il valutato e il valutatore. Lo stesso, in sede di incontro, tenuto conto delle posizioni espresse dal valutato (eventualmente assistito da dirigente sindacale o da persona di sua fiducia) e dal valutatore, formula una risoluzione della controversia procedendo alla redazione di un verbale.

Disposizioni finali

Le disposizioni contenute nelle presenti note esplicative potranno essere integrate sulla base di successive determinazioni ai sensi della normativa vigente, delle delibere dell'ANAC, delle Disposizioni del Dipartimento della Funzione Pubblica e della Regione Campania, di concerto con l'OIV.

Per quanto non espressamente previsto, si fa riferimento alla normativa vigente e ai regolamenti aziendali.

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE PERFORMANCE (SMVP)	
SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DEL PERSONALE DI COMPARTO	
	MOD. C COMPORAMENTALE
SESSIONE DI VALUTAZIONE ANNO _____	

Valutato (Nome, Cognome, n. matric.)
Profilo professionale:
MCDR e UO di appartenenza:
Valutatore:
MCDR e UO di appartenenza:

VALUTAZIONE AMBITO COMPORAMENTALE

PUNTEGGIO (p): 20 = Largamente sotto l'attesa; 40 = Inferiore all'attesa; 60 = In linea con l'attesa;
80 = Superiore all'attesa; 100 = Largamente superiore all'attesa

CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA	punteggio (p)
Partecipa attivamente allo sviluppo e al miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato	
RELAZIONE CON I COLLEGGHI	punteggio (p)
Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativo; dimostra responsabilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi.	
ORIENTAMENTO ALL'UTENZA	punteggio (p)
Mantiene con gli utenti, i pazienti e i familiari rapporti positivi dimostrando capacità di ascolto operando con attenzione e cortesia.	
QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE	punteggio (p)
Svolge con competenza e buon livello qualitativo le proprie prestazioni adeguandosi con flessibilità ai cambiamenti organizzativi	
SVILUPPO PROFESSIONALE E COMPETENZE TECNICHE	punteggio (p)
Sviluppa una costante attività di aggiornamento innovando le proprie competenze partecipando anche alla formazione aziendale	
Giudizio sintetico complessivo (media)	

Il Valutatore

Il Valutato per presa visione

Sistema di Misurazione e Valutazione della
Performance – Note esplicative Area del COMPARTO

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE PERFORMANCE (SMVP)	
SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DEL PERSONALE DI COMPARTO	
	MOD. VF VALUTAZIONE FINALE
SESSIONE DI VALUTAZIONE ANNO _____	
Valutato (Nome, Cognome, n. matric.)	
Profilo professionale:	
MCDR e UO di appartenenza:	
Valutatore:	
MCDR e UO di appartenenza:	

AMBITI DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	peso di ciascun ambito	punteggio assegnato
Valutazione ambito operativo (raggiungimento degli obiettivi individuali)	50%	
Valutazione ambito comportamentale	50%	
Risultato sintetico finale		

Il Valutatore

Il Valutato per presa visione

Data

4. MONITORAGGIO

4.1 Principi e ambiti

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è diversificato in relazione alla specifica sezione del PIAO ed in particolare:

- per la sezione “VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE” si fa riferimento alle modalità di cui agli art. 6 e 10 del D.lgs n. 150/2009;

- per la sezione “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA” si rimanda alle indicazioni contenute nel relativo Piano triennale;

- per la sezione “ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO” il monitoraggio è effettuato dal competente Organismo Indipendente di Valutazione.

Sono previste, inoltre, specifiche rilevazioni del grado di soddisfazione degli utenti interni ed esterni.

Di seguito vengono illustrate:

- a) metodologie utilizzate per la realizzazione delle indagini *customer*, dalla definizione delle dimensioni sottoposte a indagine tramite questionario, alla metodica di somministrazione, fino alla modulistica per l’inoltro delle segnalazioni;
- b) risultanze dell’indagine effettuata nell’anno 2021 (per l’anno 2022 i dati sono in corso di analisi).

4.2 Customer satisfaction dei servizi aziendali

4.2.1 Criteri e modalità operative

Le indagini di soddisfazione sono una prassi consolidata nei servizi pubblici poiché, per migliorare le relazioni tra Azienda Sanitaria e Cittadino, è necessario adeguare sempre più l’offerta e le caratteristiche degli interventi alle aspettative e ai bisogni degli utenti.

Esistono profonde differenze che distinguono la realtà dei servizi in generale da quella dei servizi sanitari, che non rendono facile l’approccio della qualità e della sua rilevazione.

Esiste, in primo luogo, una differenza strutturale legata alla natura relazionale dei servizi alla persona. L’utente infatti partecipa, quasi sempre, attivamente all’erogazione del servizio e contribuisce all’efficacia dell’intervento. In questo processo sia l’operatore sia i familiari risultano portatori di valori e appaiono risorse cruciali nel definire e attuare l’intervento sanitario.

Inoltre, chi eroga servizi alla persona deve tenere conto degli interessi collettivi e considerare i propri utenti non come semplici clienti, ma come soggetti portatori di specifici diritti (anziani, disabili, ammalati). Senza contare che l’utenza di un servizio sanitario non è quasi mai costituita da soggetti isolati, bensì da realtà più o meno complesse (le famiglie), i cui componenti interagiscono con il servizio su piani differenti, con aspettative e intensità di relazione differenti.

Analisi Metodologica

Compiere indagini per cogliere la soddisfazione degli utenti significa costruire un disegno strategico di ricerca e compiere una serie di passaggi logici e pratici, complessi e interdipendenti:

Il primo passaggio consiste nel definire gli obiettivi di ricerca, ovvero cosa si vuole indagare (i livelli di soddisfazione relativi ad alcuni aspetti dei servizi offerti)

Successivamente si procederà all'individuazione del campo di osservazione e delle unità di analisi (indagare la soddisfazione degli utenti diretti o anche quella dei familiari, in quali ambiti)

Con il terzo passaggio si passerà poi:

- alla scelta dei metodi di rilevazione (interviste, questionari auto compilati, osservazione diretta, reclami ecc);
- alla raccolta dei dati vera a propria;
- alla elaborazione e all'analisi dei risultati;
- alla stesura del report finale.

Ne risulta un processo complesso per le difficoltà che si incontrano nel definire e nel misurare i livelli di soddisfazione in funzione delle caratteristiche di intangibilità, variabilità e soggettività dei servizi erogati, delle aspettative e dei valori dei soggetti coinvolti.

Inoltre sono diversi e molti gli **strumenti** che possono essere utilizzati per far emergere l'opinione degli utenti e la scelta si pone tra:

- **strumenti diretti** si riferiscono a tutte le tecniche che implicano un diretto coinvolgimento dell'utente, al quale viene chiesto di esprimere il proprio livello di soddisfazione su un determinato servizio;
- **strumenti indiretti** consentono invece di conoscere l'opinione degli utenti tramite l'analisi di dati secondari o derivati, come reclami, eventi sentinella, osservazione diretta, ecc.

Strumenti e tecniche per la rilevazione della qualità percepita

La tecnica utilizzata è stata incentrata su un approccio di tipo diretto, basato su: interviste strutturate secondo una serie ordinata di domande, in **QUESTIONARI** che prevedono opzioni fisse di risposta. Possono essere somministrati da un intervistatore, che legge domande e risposte nell'ordine stabilito o auto compilati dall'utente.

Tale strumento risulta il più diffuso nella realizzazione di indagini di soddisfazione.

Permette, infatti:

- di raccogliere in modo standardizzato un elevato numero di informazioni misurabili e traducibili in indicatori che consentono la comparazione tra servizi oppure, longitudinalmente tra periodi diversi dello stesso servizio;
- di coinvolgere in tempi ragionevoli un numero elevato di soggetti, tale da garantire un'effettiva rappresentatività statistica del campione;
- applicare metodi consolidati di analisi statistica dei dati ottenuti.

Lo strumento viene integrato, inoltre, affiancando alle domande standard anche uno spazio per le osservazioni o suggerimenti dell'utente.

Nella somministrazione del questionario a persone anziane si consente l'affiancamento da parte dei familiari.

In tutti i casi, il questionario garantisce l'anonimato e il rispetto della privacy in ogni momento della somministrazione.

La rilevazione della qualità percepita

L'indagine di rilevazione della soddisfazione ha come principali obiettivi:

- l'emersione della qualità percepita dagli utenti e la misurazione della soddisfazione rispetto ai singoli aspetti;
- la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza percepita delle prestazioni;
- la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli erogati;
- l'individuazione delle possibili aree di miglioramento della qualità;
- la riallocazione delle risorse anche in funzione del gradimento degli utenti a parità di risorse (strutturali, umane, economiche);
- il miglioramento del clima interno ai servizi e l'aumento del consenso presso l'utenza di riferimento.

Per i servizi analizzati con la misurazione della soddisfazione emergono quindi:

- l'analisi della qualità percepita, sia dei servizi nel loro complesso che delle singole componenti;
- la scala di priorità per utenti;
- il profilo di qualità dei servizi comparabile con i risultati ottenuti in precedenti rilevazioni.

Alcune specificità dell'ambito sanitario

La rilevazione della soddisfazione dell'utenza di un servizio sanitario è un elemento chiave nella valutazione della sua qualità e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni di miglioramento.

Le prestazioni hanno un aspetto **tecnico** (competenza di medici, infermieri, tecnici ecc.) ed uno **funzionale** (dimensione umana, relazionale, comfort, servizi complementari): mentre il paziente, nella maggior parte dei casi, non è in grado di giudicare gli aspetti tecnici dei trattamenti cui è sottoposto, mostra di apprezzare la valenza funzionale che non deve perciò essere trascurata.

La presenza degli **Uffici Relazioni con il Pubblico** nei Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari garantisce la necessaria copertura per il monitoraggio del gradimento dei servizi offerti, oltre che una risposta a suggerimenti o segnalazioni dell'utenza.

Il Questionario

Nelle indagini effettuate, i dati sono stati raccolti attraverso due questionari differenziati per distretti ed ospedali, trattanti gli elementi fondamentali delle prestazioni erogate e basati sulle aree fondamentali della percezione:

- il personale (medici ed operatori);
- gli aspetti organizzativi;
- gli ambienti;
- i servizi alberghieri.

Ogni area è analizzata negli aspetti generali e in quelli specifici.

Ad esempio, per quanto riguarda il **personale**, le domande entrano nel merito delle caratteristiche relazionali, della competenza percepita, della disponibilità all'ascolto ecc.

Gli aspetti organizzativi sono valutati in termini di informazioni rese disponibili, di tempestività nell'ottenere servizi al momento del bisogno e nell'accoglienza. Per quanto riguarda gli **ambienti**, gli aspetti di interesse sono quelli che definiscono il comfort: qualità della pulizia e dei bagni, disponibilità dei bagni e di altri servizi, temperatura delle stanze, tranquillità. **I servizi alberghieri** sono giudicati attraverso la qualità del cibo, varietà del menù, la comodità dei letti.

Questo modello concettuale consente sia la valutazione analitica della qualità percepita sul servizio nel suo complesso sia su singoli aspetti.

Il questionario analizza in dettaglio anche la valutazione delle informazioni ricevute ed il rispetto della **privacy**. Una domanda aperta finale consente inoltre di proporre eventuali suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

Criteri e modalità per la somministrazione dei questionari

I questionari sono somministrati:

- nei Presidi Ospedalieri, ai cittadini-utenti ricoverati da almeno due giorni;
- nei Distretti, ai cittadini-utenti che si recano nella struttura, dopo la prenotazione, per effettuare una qualsiasi prestazione ambulatoriale.

Vengono di poi inoltrati ad un ufficio centrale aziendale che coordina l'indagine ed elabora i dati finali.

N.B. La ricerca viene effettuata nelle strutture ove presenti gli uffici Relazioni con il Pubblico e/o referente individuato dal Responsabile della Macrostruttura.

Il campione è costituito dagli **utenti** che si sono recati nelle strutture A.S.L. oggetto di rilevazione e che si sono resi disponibili alla compilazione dei questionari.

Altri obiettivi dell'indagine

- identificazione dei punti di forza e di debolezza del servizio, ovvero delle aree di forza su cui agire per conservare posizioni di eccellenza o per migliorare aree di debolezza dei servizi ove vengono evidenziate criticità;
- utilizzare la "soddisfazione" come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto dal punto di vista del cittadino-utente in modo periodico, insieme a quelli individuati a livello aziendale (reclami, osservazione diretta);
- coinvolgere gli operatori nella rilevazione della soddisfazione del cittadino utente per aumentare la loro consapevolezza sulla importanza del giudizio dell'utente;

FLOW CHART DEL PROCESSO

La metodologia

L'elaborazione dei dati viene effettuata mediante l'attribuzione di un indicatore numerico per ciascuna risposta data, variabile da un minimo di uno ad un massimo di cinque. Attribuito il punteggio per ciascuna risposta, si calcola la percentuale delle stesse oltre quella di chi non risponde. Infine vengono elencati, insieme alle sintetiche conclusioni, i seguenti punti:

- **RILEVAZIONE**
 - **Analisi ed elaborazione dati RACCOLTI**
- **RELAZIONE**
- **CONCLUSIONI**
 - **Risultati Sintetici:**
 - **Punti di forza Punti di debolezza**

Eventuali proposte migliorative

4.2.2 Questionario assistenza Distrettuale

Gentile Signora / Signore,
abbiamo predisposto il seguente questionario per la rilevazione del gradimento degli utenti (Qualità percepita) che usufruiscono dei servizi distrettuali. Le Sue indicazioni saranno utili per conoscere i problemi esistenti e per attuare i miglioramenti opportuni.

La invitiamo ad esprimere liberamente le Sue opinioni (il questionario è anonimo), a compilarlo e farlo pervenire all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Il questionario può anche essere compilato da parenti o da chi La assiste qualora Lei, pur essendo in grado di esprimere la propria opinione, sia impossibilitato a compilarlo materialmente.

Grazie per la collaborazione.

Data di compilazione:/...../.....

dal:

- paziente
- familiare

Distretto

Ambulatorio di

Per esigenze statistiche Le saremmo grati se indicasse alcuni Suoi dati socio-anagrafici:

sex: M F Titolo di studio:..... età..... nazionalità.....

Comune di residenza.....

1. Prenotazione telefonica (CUP)

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Tempo di attesa occorrente per effettuare la prenotazione telefonica				
B) Cortesia/capacità di ascolto degli operatori del CUP				

2. Pagamento ticket

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Orari di apertura				
B) Tempo di attesa per le operazioni di sportello				

3. Valutazione della struttura e della privacy

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Pulizia degli ambienti				
B) Segnaletica, barriere architettoniche, ecc.				
C) Arredi, servizi igienici, sale d'attesa, ecc.				
D) Rispetto della privacy durante la prestazione				

4. Assistenza medica

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Accuratezza percepita per la visita effettuata				
B) Cortesia, gentilezza				
C) Chiarezza delle informazioni ricevute				

5. Assistenza infermieristica

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Accuratezza percepita per l'assistenza ricevuta				
B) Cortesia, gentilezza				
C) Chiarezza delle informazioni ricevute				

6. Tempi d'attesa

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Tempo per ottenere la prenotazione (Liste d'attesa)				
B) Rispetto dell'orario di prenotazione				

7. Suggerimenti ed indicazioni per migliorare i servizi

4.2.3 Questionario ricovero Ospedaliero

Gentile Signora / Signore,
abbiamo predisposto il seguente questionario per conoscere la Sua opinione sul tipo di assistenza ricevuta durante il ricovero nella nostra struttura ospedaliera (Qualità percepita). Le Sue indicazioni saranno utili per conoscere eventuali problemi esistenti e per attuare i miglioramenti opportuni.

La invitiamo ad esprimere liberamente le Sue opinioni (il questionario è anonimo), a compilarlo e farlo pervenire all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Il questionario può anche essere compilato da parenti o da chi La assiste qualora Lei, pur essendo in grado di esprimere la propria opinione, sia impossibilitato a compilarlo materialmente.

Grazie per la collaborazione.

Data di compilazione:/...../.....

dal:

- paziente
- familiare

ospedale

reparto di

Per esigenze statistiche Le saremmo grati se indicasse alcuni Suoi dati:

sex: M F Titolo di studio: età..... nazionalità.....

Comune di residenza.....

1. Accoglienza in ospedale

OTTIMO BUONO DISCRETO SCADENTE PESSIMO

A) Cortesia e chiarezza delle informazioni ricevute all'ingresso in ospedale

B) Chiarezza della segnaletica esterna ed interna dell'ospedale, barriere architettoniche

2. Accoglienza in reparto

OTTIMO BUONO DISCRETO SCADENTE PESSIMO

A) Cortesia ed informazioni ricevute dal personale del reparto all'atto del ricovero

B) Informazioni ed indicazioni sulla terapia ricevute dal personale del reparto all'atto della dimissione

3. Orari di visita ai ricoverati

OTTIMO BUONO DISCRETO SCADENTE PESSIMO

Come valuta l'organizzazione degli orari di visita durante la giornata

4. Assistenza medica

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Cortesia e disponibilità				
B) Chiarezza delle informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute, la terapia				

5. Assistenza infermieristica

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Cortesia e disponibilità				
B) Tempestività della risposta alla chiamata				
C) Disponibilità nel dare informazioni ed indicazioni				

6. Come valuta il rispetto della privacy

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
--------	-------	----------	----------	---------

7. Aspetti alberghieri

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Temperatura nelle stanze				
B) Pulizia degli ambienti				
C) Pulizia dei servizi igienici				
D) Tranquillità nel reparto				

8. Vitto

OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO
A) Qualità del cibo				
B) Possibilità di scelta del menù				

9. Suggerimenti ed indicazioni per migliorare i servizi

4.2.5 Customer Satisfaction – Risultati

Con riferimento alle metodologie sopra illustrate si riportano di seguito i risultati dell'ultima rilevazione condotta sulla qualità percepita, precisando che gli stessi sono riferiti all'anno 2019 in quanto, per la situazione di emergenza sanitaria correlata alla pandemia da Covid-19 e in seguito alle regole e linee guida di comportamento emanate dalla Direzione Strategica in tema di sicurezza aziendale anticontagio, l'attività in oggetto è rimasta sospesa fino alla fine del periodo di emergenza. La stessa è stata ripresa per l'anno 2022, per la quale è in via di completamento la elaborazione dei dati. Con l'anno 2023 verranno riprese le attività di rilevazione della qualità percepita, mirando a dare copertura a tutte le Macrostrutture territoriali e ospedaliere dell'Azienda, includendo le realtà non censite nell'indagine 2019.

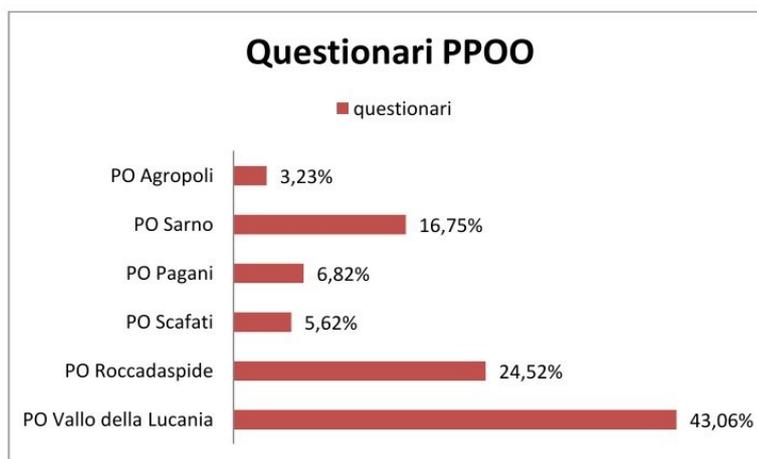
Customer satisfaction ASL SALERNO

	numero questionari	%
Presidi Ospedalieri	836	60%
Distretti	558	40%
totale	1394	100%



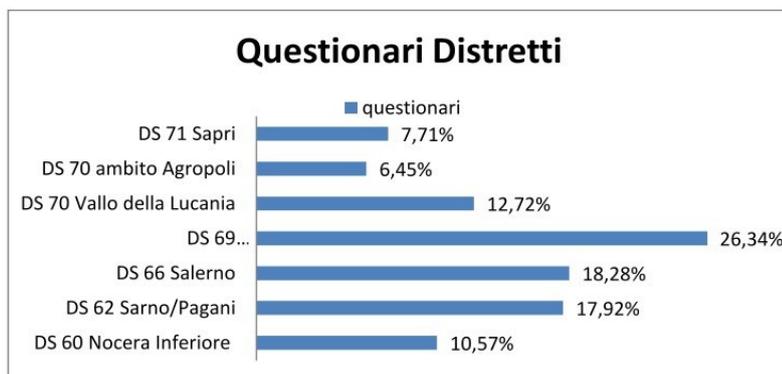
Questionari Presidi Ospedalieri

PO Vallo	360	43,06%
PO Scafati	47	5,62%
PO Pagani	57	6,82%
PO Sarno	140	16,75%
PO Agropoli	27	3,23%
PO Rocca	205	24,52%
Tot.	836	100,00%



Questionari Distretti Sanitari

DS 60	59	10,57%
DS62	100	17,92%
DS 66	102	18,28%
DS 69	147	26,34%
DS 70 Vallo	71	12,72%
DS 70 amb. Agropoli	36	6,45%
DS 71	43	7,71%
totale	558	100,00%

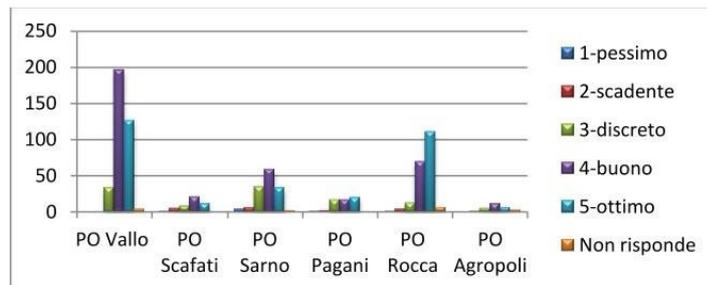


PRESIDI OSPEDALIERI

1. Accoglienza in ospedale

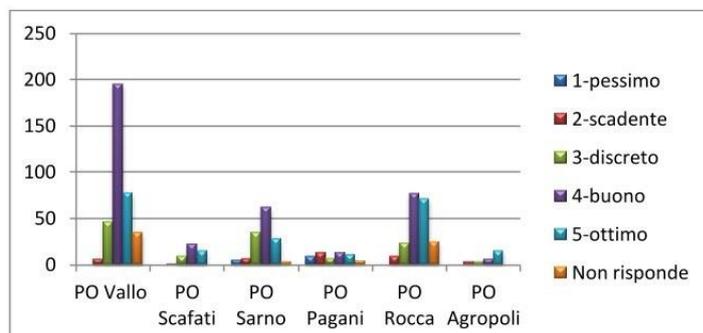
A) Cortesia e chiarezza delle informazioni ricevute all'ingresso dell'ospedale

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	0	34	196	126	4
PO Scafati	1	5	8	21	12	0
PO Sarno	4	6	35	59	34	2
PO Pagani	1	2	17	17	20	0
PO Rocca	1	4	13	70	111	6
PO Agropoli	0	1	5	12	6	3



B) Chiarezza della segnaletica esterna ed interna dell'ospedale, barriere architettoniche

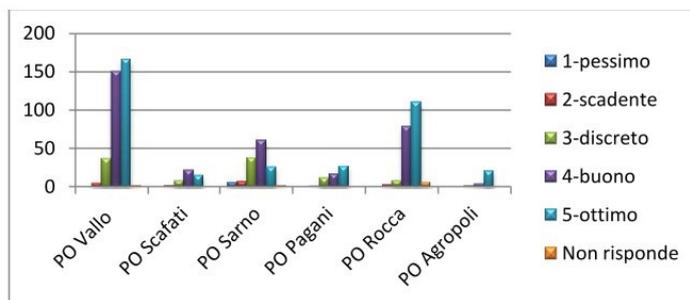
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	6	46	195	78	35
PO Scafati	0	1	9	22	15	0
PO Sarno	5	7	35	62	28	3
PO Pagani	9	13	7	13	11	4
PO Rocca	0	9	23	77	71	25
PO Agropoli	0	3	3	6	15	0



2. Accoglienza in reparto

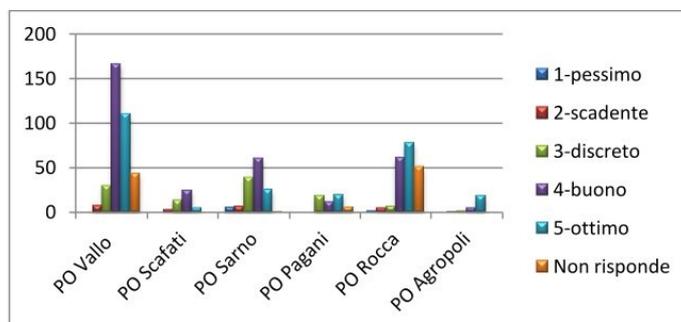
A) Cortesia ed informazioni ricevute dal personale del reparto all'atto del ricovero

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	5	37	150	166	2
PO Scafati		2	8	22	15	
PO Sarno	6	7	38	61	26	2
PO Pagani	0	1	12	17	27	0
PO Rocca		3	8	78	110	6
PO Agropoli		0	2	4	21	



B) Informazioni e indicazioni sulla terapia ricevute dal personale del reparto all'atto delle dimissioni

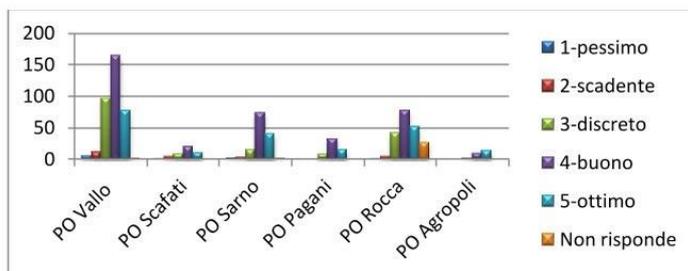
PO Vallo	0	8	30	167	111	44
PO Scafati		3	14	25	5	
PO Sarno	6	7	39	61	26	1
PO Pagani	0	0	19	12	20	6
PO Rocca	2	5	7	62	78	51
PO Agropoli	0	1	2	5	19	0



3. Orari di visita ai ricoverati

Come valuta l'organizzazione degli orari di visita durante la giornata

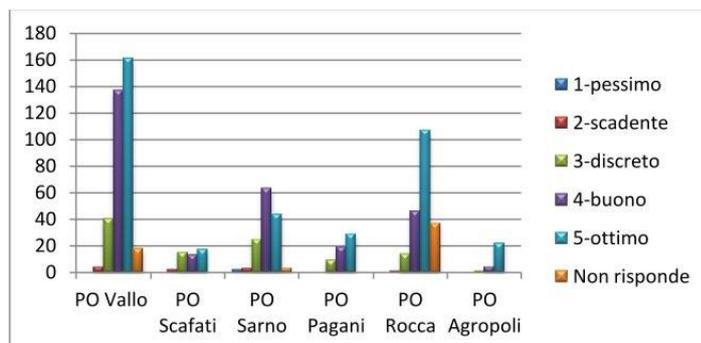
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	6	12	97	165	78	2
PO Scafati	1	5	9	21	11	
PO Sarno	3	4	16	74	41	2
PO Pagani	0	0	8	33	16	0
PO Rocca	1	5	42	78	52	27
PO Agropoli	0	0	3	10	14	0



4. Assistenza medica

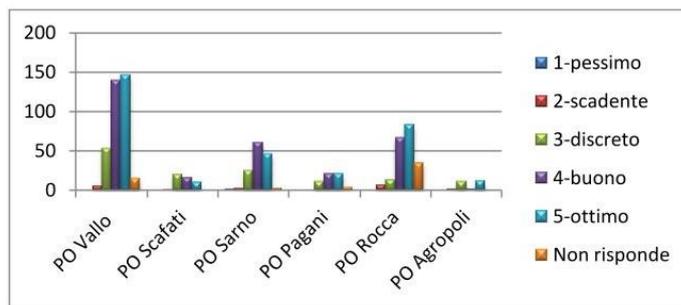
A) Cortesia e disponibilità

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	4	40	137	161	18
PO Scafati		2	15	13	17	
PO Sarno	2	3	25	63	44	3
PO Pagani	0	0	9	19	29	0
PO Rocca	0	1	14	46	107	37
PO Agropoli			1	4	22	0



B) Chiarezza della informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute, terapia

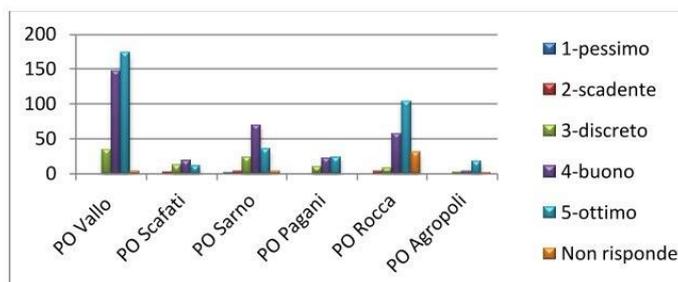
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	6	53	140	146	15
PO Scafati		1	20	16	10	
PO Sarno	2	3	25	61	46	3
PO Pagani	0	0	11	21	21	4
PO Rocca		7	13	67	83	35
PO Agropoli		2	11	2	12	



5. Assistenza infermieristica

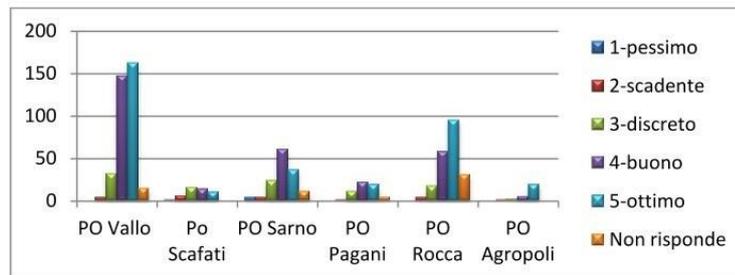
A) Cortesia e disponibilità

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	0	35	147	174	4
PO Scafati		3	13	19	12	
PO Sarno	2	4	24	70	36	4
PO Pagani	0	0	10	23	24	0
PO Rocca	0	4	8	58	104	31
PO Agropoli			3	4	18	2



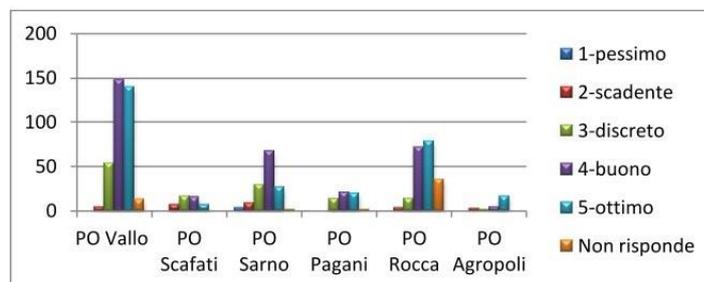
B) Tempestività della risposta alla chiamata

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	4	32	147	162	15
Po Scafati	1	6	16	14	10	
PO Sarno	4	4	24	61	36	11
PO Pagani	0	1	11	22	19	4
PO Rocca		4	17	58	95	31
PO Agropoli		1	2	5	19	



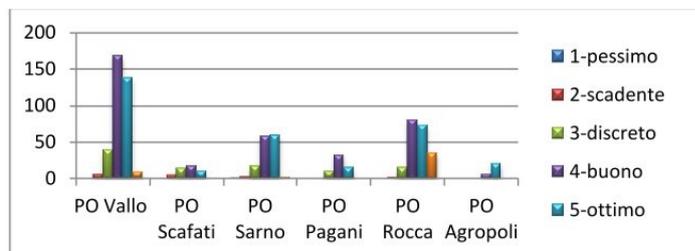
C) Disponibilità nel dare informazioni ed indicazioni

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	5	54	148	140	13
PO Scafati		7	17	16	7	
PO Sarno	4	9	30	68	27	2
PO Pagani	0	0	14	21	20	2
PO Rocca	0	4	14	72	79	36
PO Agropoli	0	3	2	5	17	0



6. Come valuta il rispetto della privacy

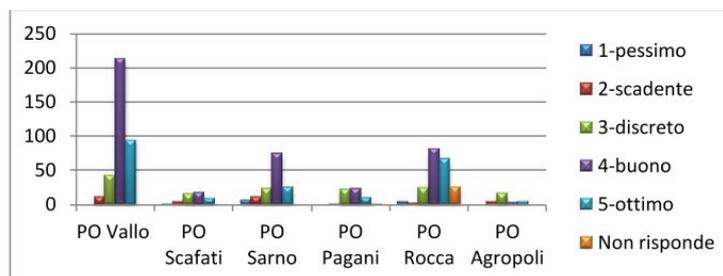
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	6	39	168	138	9
PO Scafati		5	14	18	10	
PO Sarno	1	3	17	58	59	2
PO Pagani	0	0	10	32	15	0
PO Rocca	0	2	15	80	73	35
PO Agropoli		0	0	6	21	



7. Aspetti alberghieri

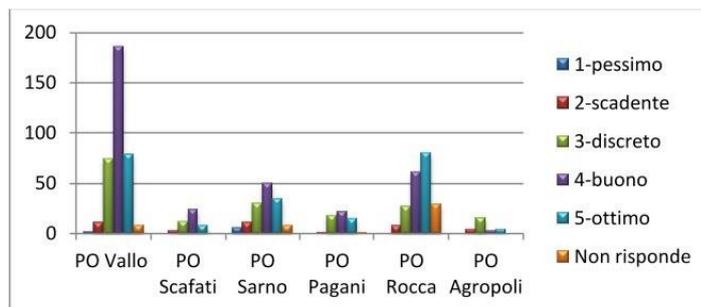
A) Temperatura nelle stanze

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	0	11	42	213	94	0
PO Scafati	1	4	15	18	9	
PO Sarno	6	11	23	75	25	0
PO Pagani		1	22	23	10	1
PO Rocca	4	2	24	82	67	26
PO Agropoli	0	4	16	3	4	



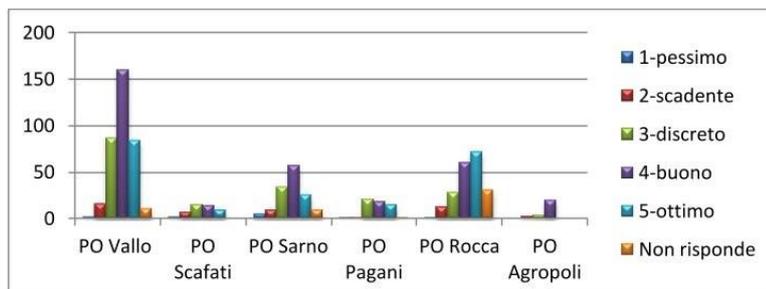
B) Pulizia degli ambienti

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	2	11	74	186	79	8
PO Scafati		3	12	24	8	
PO Sarno	6	11	30	50	35	8
PO Pagani	0	1	18	22	15	1
PO Rocca	0	8	27	61	80	29
PO Agropoli		4	16	3	4	



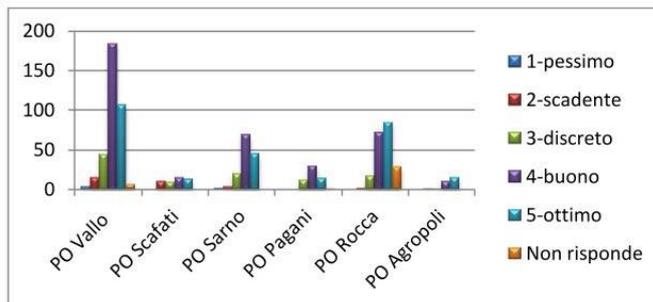
C) Pulizia dei servizi igienici

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	2	16	87	160	84	11
PO Scafati	2	7	15	14	9	
PO Sarno	5	9	34	57	26	9
PO Pagani	1	1	21	18	15	1
PO Rocca	1	13	28	60	72	31
PO Agropoli	0	3	4	20	0	



D) Tranquillità nel reparto

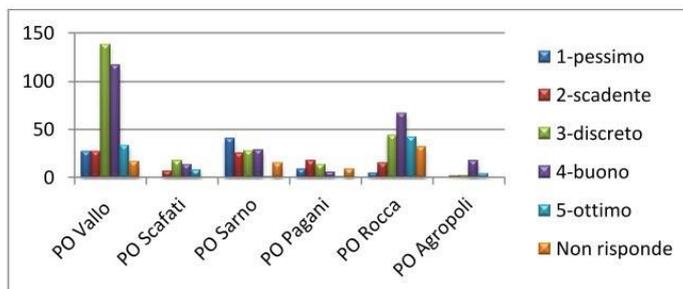
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	4	15	44	184	107	6
PO Scafati		10	9	15	13	
PO Sarno	2	4	20	69	45	0
PO Pagani			12	30	14	1
PO Rocca	0	2	17	72	85	29
PO Agropoli		1	1	10	15	



8. Vitto

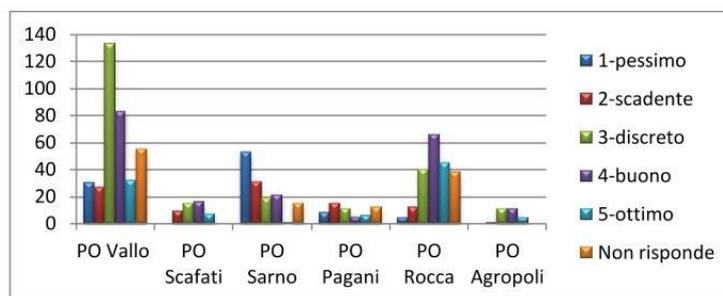
A) qualità del cibo

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	27	27	138	117	34	17
PO Scafati		7	18	14	8	
PO Sarno	41	26	28	29	1	15
PO Pagani	9	18	14	6	1	9
PO Rocca	5	15	44	67	42	32
PO Agropoli		2	3	18	4	



B) Possibilità di scelta del menù

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
PO Vallo	30	27	133	83	32	55
PO Scafati		9	15	16	7	
PO Sarno	53	31	19	21	1	15
PO Pagani	8	15	11	5	6	12
PO Rocca	4	12	40	66	45	38
PO Agropoli		1	11	11	4	



DISTRETTI SANITARI

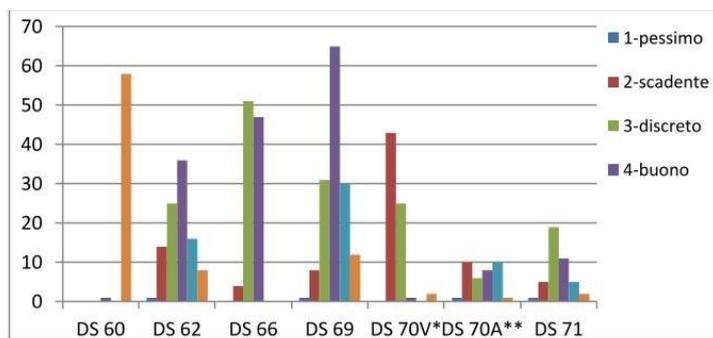
1. Prenotazione telefonica (CUP)

A) Tempo di attesa per effettuare la prenotazione telefonica

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60					1	58
DS 62	1	14	25	36	16	8
DS 66	0	4	51	47	0	0
DS 69	1	8	31	65	30	12
DS 70V*		43	25	1		2
DS 70A**	1	10	6	8	10	1
DS 71	1	5	19	11	5	2

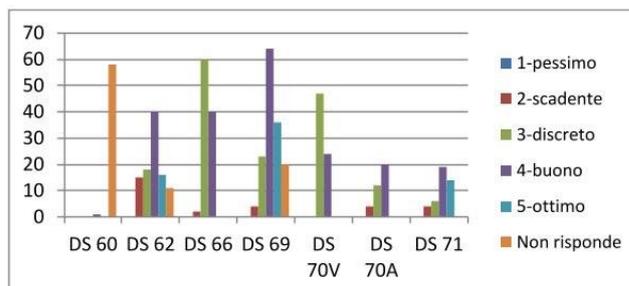
DS 70V* Vallo della Lucania

DS 70** ambito Agropoli



B) Cortesia/capacità di ascolto degli operatori CUP

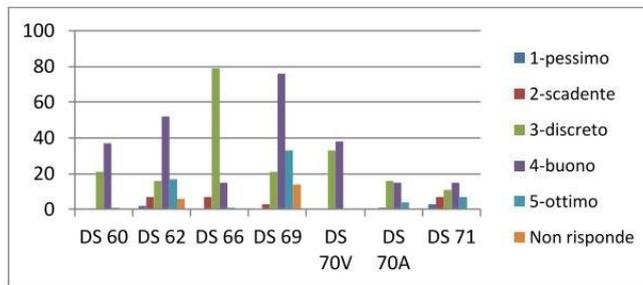
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60					1	58
DS 62	0	15	18	40	16	11
DS 66	0	2	60	40		
DS 69	0	4	23	64	36	20
DS 70V			47	24		
DS 70A	0	4	12	20	0	0
DS 71	0	4	6	19	14	0



2. Pagamento ticket

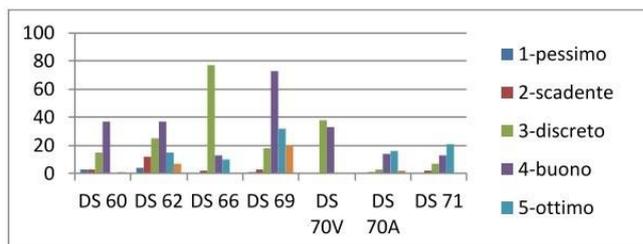
A) Orario di apertura

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60			21	37	1	
DS 62	2	7	16	52	17	6
DS 66	0	7	79	15	1	0
DS 69	0	3	21	76	33	14
DS 70V			33	38	0	0
DS 70A	0	1	16	15	4	0
DS 71	3	7	11	15	7	0



B) Tempo di attesa per le operazioni di sportello

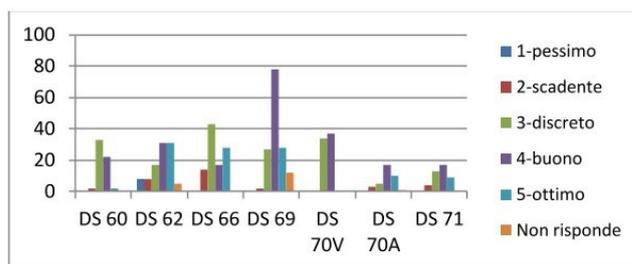
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60	3	3	15	37		1
DS 62	4	12	25	37	15	7
DS 66	0	2	77	13	10	
DS 69	1	3	18	73	32	20
DS 70V	0	0	38	33	0	0
DS 70A		1	3	14	16	2
DS 71	0	2	7	13	21	0



3. Valutazione della struttura e della privacy

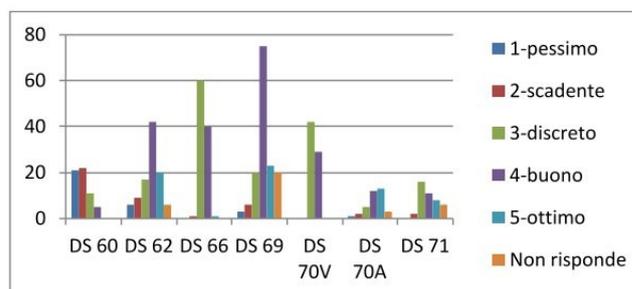
A) Pulizia degli ambienti

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60	0	2	33	22	2	0
DS 62	8	8	17	31	31	5
DS 66	0	14	43	17	28	
DS 69	0	2	27	78	28	12
DS 70V			34	37	0	0
DS 70A	0	3	5	17	10	1
DS 71	0	4	13	17	9	0



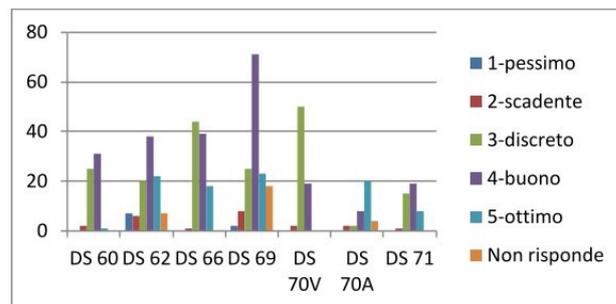
B) Segnaletica, barriere architettoniche, ecc

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60	21	22	11	5		
DS 62	6	9	17	42	20	6
DS 66		1	60	40	1	
DS 69	3	6	20	75	23	20
DS 70V		0	42	29	0	
DS 70A	1	2	5	12	13	3
DS 71	0	2	16	11	8	6



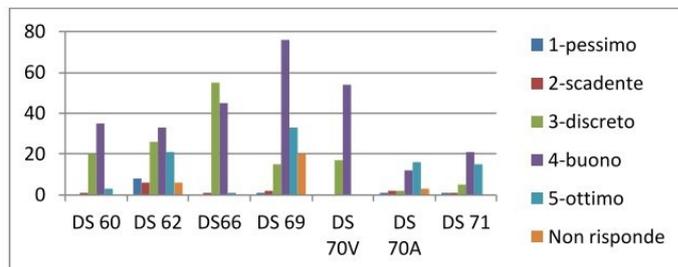
C) Arredi, servizi igienici, sale d'attesa, ecc

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60		2	25	31	1	
DS 62	7	6	20	38	22	7
DS 66	0	1	44	39	18	
DS 69	2	8	25	71	23	18
DS 70V		2	50	19		
DS 70A	0	2	2	8	20	4
DS 71	0	1	15	19	8	0



D) Rispetto della privacy

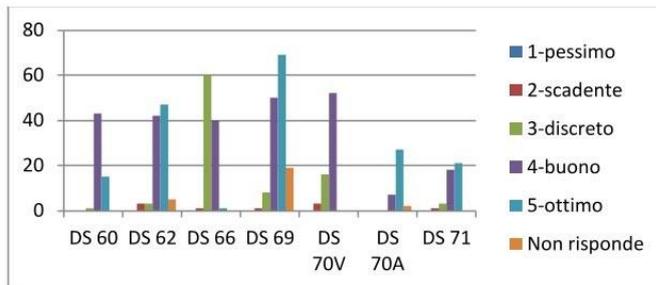
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60		1	20	35	3	
DS 62	8	6	26	33	21	6
DS66	0	1	55	45	1	
DS 69	1	2	15	76	33	20
DS 70V			17	54	0	0
DS 70A	1	2	2	12	16	3
DS 71	1	1	5	21	15	0



4. Assistenza medica

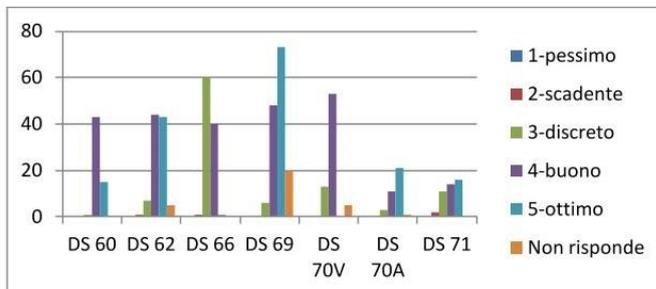
A) Accuratezza percepita per la visita effettuata

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60				1	43	15
DS 62	0	3	3	42	47	5
DS 66	0	1	60	40	1	
DS 69	0	1	8	50	69	19
DS 70V			3	16	52	0
DS 70A	0	0	0	7	27	2
DS 71	0	1	3	18	21	0



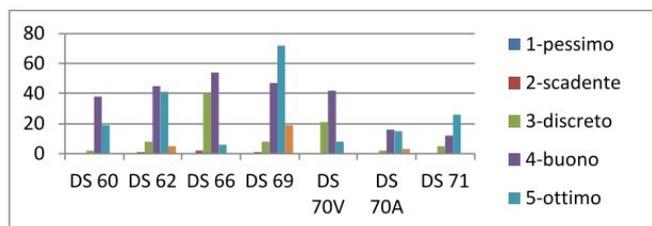
B) Cortesia, gentilezza

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60				1	43	15
DS 62	0	1	7	44	43	5
DS 66	0	1	60	40	1	
DS 69	0	0	6	48	73	20
DS 70V			13	53	0	5
DS 70A	0	0	3	11	21	1
DS 71	0	2	11	14	16	0



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

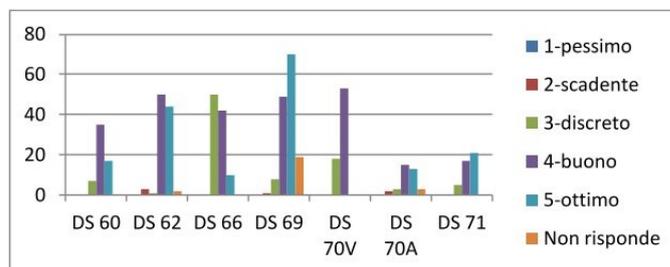
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60			2	38	19	
DS 62	0	1	8	45	41	5
DS 66	0	2	40	54	6	
DS 69	0	1	8	47	72	19
DS 70V			21	42	8	0
DS 70A	0	0	2	16	15	3
DS 71	0	0	5	12	26	0



5. Assistenza infermieristica

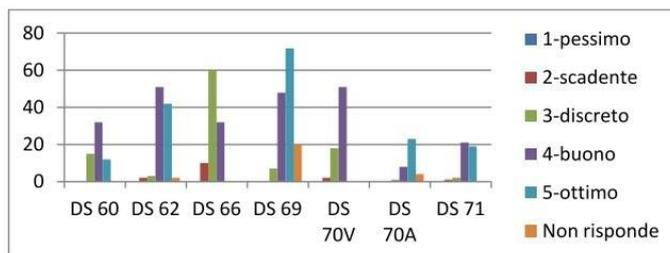
A) Accuratezza percepita per l'assistenza ricevuta

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60			7	35	17	
DS 62	0	3	1	50	44	2
DS 66	0	0	50	42	10	
DS 69	0	1	8	49	70	19
DS 70V			18	53	0	0
DS 70A	0	2	3	15	13	3
DS 71	0	0	5	17	21	0



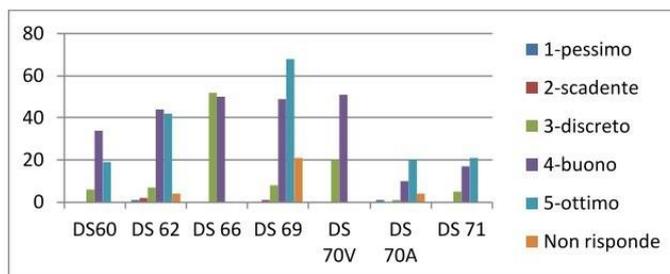
B) Cortesia, gentilezza

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60			15	32	12	
DS 62	0	2	3	51	42	2
DS 66	0	10	60	32	0	
DS 69	0	0	7	48	72	20
DS 70V		2	18	51	0	0
DS 70A			1	8	23	4
DS 71	0	1	2	21	19	0



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

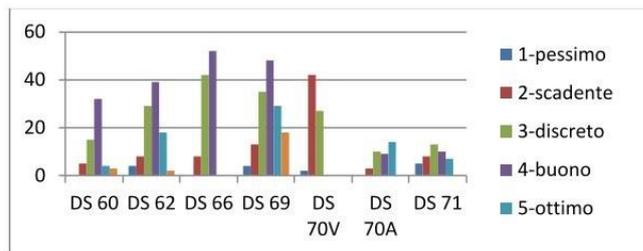
	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS60			6	34	19	
DS 62	1	2	7	44	42	4
DS 66	0	0	52	50		
DS 69	0	1	8	49	68	21
DS 70V			20	51	0	0
DS 70A	1	0	1	10	20	4
DS 71	0	0	5	17	21	0



6. Tempi di attesa

A) Tempo per ottenere la prenotazione (Liste d'attesa)

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60		5	15	32	4	3
DS 62	4	8	29	39	18	2
DS 66	0	8	42	52	0	
DS 69	4	13	35	48	29	18
DS 70V	2	42	27	0	0	0
DS 70A	0	3	10	9	14	0
DS 71	5	8	13	10	7	0



B) Rispetto dell'orario di prenotazione

	1-pessimo	2-scadente	3-discreto	4-buono	5-ottimo	Non risponde
DS 60		5	13	39	2	
DS 62	3	8	35	31	20	3
DS 66	0	3	67	32	0	
DS 69	5	16	33	48	26	19
DS 70V		2	59	10	0	0
DS 70A		2	3	7	22	2
DS 71	0	3	11	15	14	0

