



ASL CASERTA

PIAO

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2026-2028



Sommario

Introduzione.....	4
Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	6
1.1 Profilo istituzionale e assetto territoriale.....	6
1.2 Assistenza Distrettuale	9
1.3 La Rete dell'emergenza.....	12
1.4 L'Assistenza Ospedaliera	15
1.5 Assistenza Specialistica	18
2. Valore pubblico	23
2.1 Valore pubblico.....	23
2.2 Analisi del Contesto Esterno	23
2.3 Analisi del Contesto Interno	34
2.4 Principali obiettivi di valore pubblico attesi.....	38
2.5 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	39
2.6 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione	48
2.7 La Carta dei Servizi.....	94
2.8 Programma Nazionale Equità nella Salute	94
3. Performance	99
3.1 Il sistema di misurazione e valutazione della performance in ASL Caserta	99
3.2 La valutazione dell'Area Dirigenti in ASL Caserta	103
3.3 La valutazione dell'Area Comparto in ASL Caserta.....	107
3.4 La Digitalizzazione del Sistema di Misurazione della Performance Organizzativa ed Individuale	109
3.5 Piattaforma Valutazione Performance - Homepage	111
3.6 Il catalogo obiettivi ASL Caserta	125
3.7 Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione	132
3.8 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza	139
3.9 Coerenza con le norme della privacy (GDPR)	140
3.10 Obiettivi LEA. Sistema di garanzia	141
4. Rischi corruttivi e trasparenza	144
4.1 Introduzione.....	145
4.2 Anagrafica	148
4.3 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).....	148
4.4 Il processo di gestione del rischio di corruzione	148
4.5 Analisi del contesto esterno – rischi corruttivi.....	153
4.6 Analisi del contesto interno	167
4.7 Mappatura dei processi e gestione del rischio.....	167

4.8 Misure di prevenzione generali	175
4.9 Aree di rischio specifiche in Sanità.....	200
4.10 Contratti pubblici	215
4.11 Antiriciclaggio.....	248
4.12 Whistleblowing	253
4.13 La programmazione dell'attuazione della trasparenza e dell'accesso civico	268
4.14 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta	288
5. Organizzazione e Capitale Umano	293
5.1 Struttura Organizzativa	293
5.2 Organizzazione del lavoro agile	293
6. Piano triennale dei fabbisogni del personale.....	302
6.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12/2025	302
6.2 Cessazioni programmate per il triennio 2024-2026.....	304
6.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2024-2026	304
6.4 Trattenimento in servizio e raccordo con il fabbisogno di personale.....	306
7. Formazione del Personale	307
8. Pari opportunità e Bilancio di genere	326
9. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), legge 244/2007	334
10. Monitoraggio.....	338
10.1 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio	340
10.2 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliera per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso).....	349
10.3 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio	351
10.4 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy	352

Introduzione

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, rappresenta un documento unico di programmazione volto a integrare la governance dell'Azienda. Il Piano ha durata triennale ed è aggiornato annualmente; esso è finalizzato a semplificare e coordinare le attività di programmazione in un quadro unitario, organico e coerente.

Nell'ambito dell'ASL Caserta, il Piano costituisce lo strumento di pianificazione strategica e operativa attraverso il quale vengono razionalizzati e armonizzati i diversi ambiti della programmazione aziendale.

Ai sensi del D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81, il PIAO assorbe e sostituisce una pluralità di strumenti programmatori di competenza dell'Ente, tra cui:

- il *Piano della Performance* (art. 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del d.lgs. n. 150/2009), in quanto definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, assicurando il collegamento tra performance organizzativa e performance individuale;
- il *Piano Organizzativo del Lavoro Agile* – P.O.L.A. (art. 14, comma 1, della legge n. 124/2015) e il Piano della formazione, delineando la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il *Piano triennale dei fabbisogni di personale* (art. 6, commi 1, 4 e 6, del d.lgs. n. 165/2001), programmando gli strumenti e gli obiettivi per il reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il *Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza* (PTPCT - legge n. 190/2012 e d.lgs. n. 33/2013), al fine di garantire presidi di legalità e il raggiungimento della piena trasparenza nell'organizzazione e nell'azione amministrativa;
- i *Piani di azioni positive e il Bilancio di genere* (art. 48, comma 1, del d.lgs. n. 198/2006); nonché il Piano per la razionalizzazione dell'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), della legge n. 244/2007).

Il presente documento è redatto in coerenza con gli indirizzi della programmazione economico-finanziaria nazionale e con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare riferimento alla Missione 6 e, in specifico, alla componente M6C1-1, relativa alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e alla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di prossimità, fondato su standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei, nonché sul rafforzamento del sistema di prevenzione.

Il Piano si raccorda, inoltre, con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, con il *Piano Formativo Aziendale* adottato annualmente, con la programmazione del fabbisogno di personale del triennio di riferimento, elaborata sulla base delle cessazioni previste e delle esigenze assistenziali, anche in relazione alle attività connesse all'attuazione del PNRR, nonché con il Bilancio Economico di Previsione e con il Programma degli investimenti aziendali per il triennio.

Il PIAO dell'ASL Caserta è articolato in sezioni tra loro integrate.

La **Sezione Anagrafica** contiene i dati identificativi dell'Azienda;

La **Sezione Valore Pubblico** individua i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici e le azioni orientate al miglioramento del benessere economico, sociale, assistenziale e ambientale della comunità di riferimento. In tale sezione è illustrato il **contesto interno ed esterno** dell'Azienda, nonché

gli interventi finalizzati a garantire la piena accessibilità, fisica e digitale, in particolare a favore delle persone con disabilità e dei cittadini ultrasessantacinquenni, e l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare.

la **Sezione Performance** definisce gli obiettivi aziendali, gli obiettivi di semplificazione e digitalizzazione, quelli finalizzati alla piena accessibilità e quelli volti a favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;

La **Sezione Rischi corruttivi e trasparenza**, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), è focalizzata sull'**analisi del contesto esterno rilevante ai fini dei rischi corruttivi**, anche attraverso il richiamo e la sintesi delle evidenze contenute nel **cruscotto ANAC**. La sezione comprende, inoltre, la mappatura dei processi, l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, la programmazione delle misure di prevenzione e di trattamento del rischio, il relativo monitoraggio, nonché la pianificazione degli obblighi di trasparenza e delle modalità di esercizio dell'accesso civico;

la **Sezione Organizzazione e Capitale Umano** descrive la struttura organizzativa e i livelli di responsabilità, gli assetti del lavoro agile, la programmazione dei fabbisogni di personale, le **politiche di pari opportunità e il bilancio di genere**, nonché la **formazione del personale**;

la **Sezione Monitoraggio** individua strumenti, modalità e responsabilità per la verifica dell'attuazione del Piano, includendo le rilevazioni di soddisfazione degli utenti e i meccanismi di miglioramento continuo.



Fig. 1: Sezioni del PIAO

Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Profilo istituzionale e assetto territoriale

Questa sezione del PIAO costituisce la base informativa indispensabile per la conoscenza dell'Amministrazione.

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ai sensi delle Deliberazioni della Giunta Regionale della Campania n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009. L'Azienda è contraddistinta da autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

La figura che segue (Fig.2) sintetizza i dati principali dell'Azienda

L'azienda in breve	
	Denominazione: Azienda Sanitaria Locale Caserta Sede Legale: Via Unità Italiana, n. 28 - CASERTA Partita IVA: 03519500619 Codice Fiscale: 0351900619 Direttore Generale: Dott. A. Limone Direttore Amministrativo: Dott.ssa G. Vitale Direttore Sanitario: Dott. D. Perri Sito Web: www.aslcaserta.it URP: urp@pec.aslcaserta.it PEC: procollo@pec.aslcaserta.it

Fig.2: Dati ASL Caserta

I presidi ospedalieri dell'ASL Di Caserta	
	Presidio Ospedaliero Aversa (N. posti letto 196) Presidio Ospedaliero Maddaloni (N. posti letto 64) Presidio Ospedaliero Marcianise (N. posti letto 96) Presidio Ospedaliero Piedimonte Matese (N. posti letto 103) Presidio Ospedaliero San Felice a Cancelli (N. posti letto 29) Presidio Ospedaliero S.Maria Capua Vetere (N. posti letto 25) Presidio Ospedaliero Sessa Aurunca (N. posti letto 98)

Fig.3: Dati Presidi Ospedalieri ASL Caserta

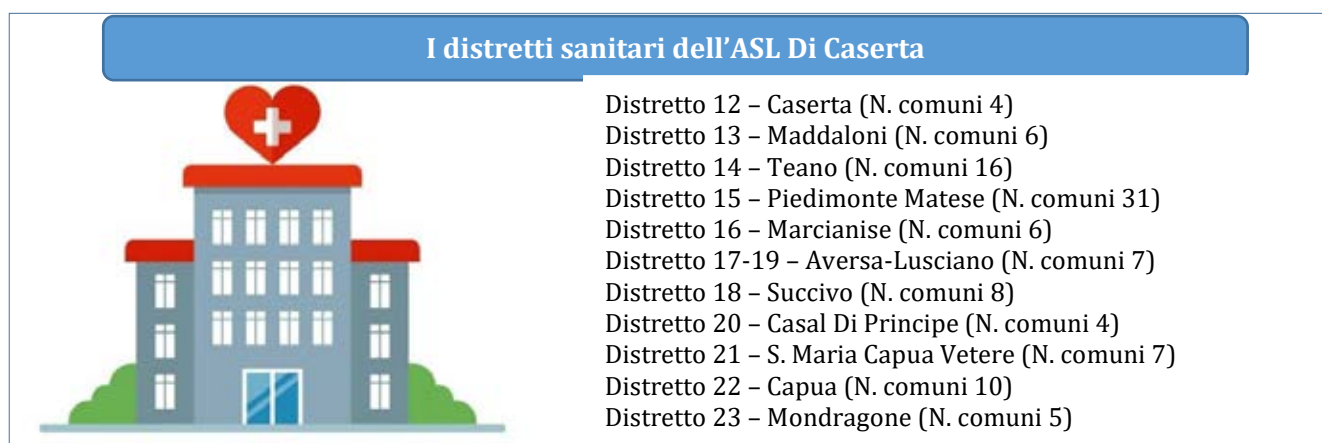


Fig.4 Dati Distretti Sanitari ASL Caserta

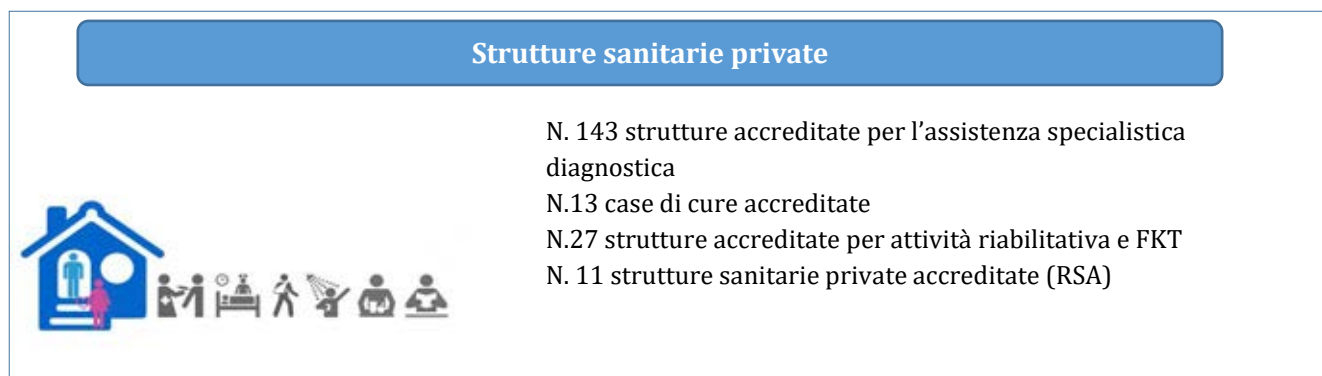


Fig.5: Strutture sanitarie private



Fig.6: Personale dipendente al 30 settembre 2025

La struttura organizzativa dell'ASL Caserta è conforme all'Atto Aziendale adottato dall'ASL con Delibera n. 1359 del 01/08/2023 ed approvato dalla Regione con DGRC n. 558 del 10.10.2023, pubblicato sul BURC n. 72 del 16.10.2023 e composta da: Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici.

L'Azienda opera mediante 11 Distretti Sanitari:

<i>Distretto</i>	<i>Sede</i>	<i>N. Comuni</i>	<i>Popolazione assistita</i>	<i>Medici di MG</i>	<i>Pediatrati di LS</i>
Distretto 12	Caserta	4	107.443	665	13
Distretto 13	Maddaloni	6	78.943	44	11
Distretto 14	Teano	16	71.029	39	7
Distretto 15	Piedimonte Matese	31	66.487	46	7
Distretto 16	Marcianise	6	80.017	45	11
Distretto 17_19	Aversa_Lusciano	1	124.687	72	16
Distretto 18	Succivo	8	103.438	57	14
Distretto 20	Casal di Principe	4	51.650	29	7
Distretto 21	S. Maria Capua Vetere	7	73.968	39	9
Distretto 22	Capua	10	53.306	32	6
Distretto 23	Mondragone	5	68.155	35	9
Totale		104	879.123	504	110

Tab.1: Popolazione assistita per Distretto con MMG e PLS. Fonte: Sinfonia.



Fig. 7: Distribuzione Territoriale Distretti

Negli 11 distretti sono allocate:

- 11 UOS Cure Primarie e Governo delle Cronicità con 27 poliambulatori specialistici e 29 presidi di continuità assistenziale (CA) e 21 postazioni SAUT e 3 PSAUT;
- 1 UOC di Coordinamento M.I. a cui afferiscono i Consultori/assistenza vaccinale dei distretti 12 e 13
- 4 UOS Consultori/Assistenza Vaccinale (Ds14 e 15-Ds 17_19-Ds 18 e 20;Ds 22 e 23)
- 1 UOC di Coordinamento Cure Domiciliari – ADI dis 12 e 13
- 5 UOS ADI (Ds16 e 21,Ds 22 e 23;Ds 17 e 19;Ds 18 e 20;Ds 14 e 15)
- 1 UOC di Coordinamento Riabilitazione Territoriale - Assistenza Riabilitativa Ds12 e 13
- 5 UOS di Assistenza Riabilitativa (Ds 15 e 21;Ds 17 e 19;Ds 22 e 23;Ds 18 e 20;Ds 14 e 15)
- 1 UOSD di ASS. Medicina Legale;



Fig. 8 – Consultori

Le sedi dei consultori, primari e secondari, nell'ambito del territorio di appartenenza della A.S.L. Caserta sono 21, di seguito elencati.

Progressivo	Distretto	Comune	N. Comuni
1	Distretto 12	Caserta	Via Paul Harris
2	Distretto 13	Maddaloni	Via Caudina
3		San Marco Trotti	Via Trotti
4	Distretto 14	Teano	Via Roma
5		Mignano (solo alcuni gg)	Piazza Pezzoli
6		Sessa Aurunca	V. Sessa Mignano
7		Pietravairano (Solo alcuni gg)	Via Battisti
8	Distretto 15	Roccamonfina (Solo alcuni gg)	Via Addolorata
9		Caiazzo	Via Caduti sul lavoro
10	Distretto 16	Piedimonte	Via Matese
11		Macerata	Via Mazzini,75
12	Distretto 17_19	Marcianise	Piazza Carità
13	Distretto 18	Aversa	Viale Europa,4
14		Sant'Arpino (chiuso fino la 30/6/26)	Via De Gasperi, 47
15	Distretto 20	Teverola	Corso Italia
16	Distretto 21	San Cipriano	Via Buonarroto, 60
17		S. Maria Capua Vetere	Via Mazzocchi
18	Distretto 22	Grazzanise	Via Albero Lungo
19	Distretto 23	Capua	Via Palasciano
20		Mondragone	Via degli Oleandri
21		Castel Volturno	Via Marino di M., 10

Tab.2: Consultori

1.2 Assistenza Distrettuale

L'Assistenza Hospice è assicurata da tre strutture accreditate ed una pubblica nel PO di S Felice a C. Sono state potenziate le cure domiciliari e l'assistenza agli anziani e data particolare attenzione all'Assistenza residenziale e semiresidenziale con uno specifico target costituito da persone anziane o con patologie croniche (disabili, tossicodipendenti, alcolisti) che necessitano di assistenza e di cure continue, anche per lunghi periodi, presso strutture sociosanitarie adeguate ai loro fabbisogni.

Nell'anno 2024 i casi trattati in assistenza domiciliare sono stati 25.105 di cui 21.615 anziani ed in fase terminale 3.490. Gli accessi del personale medico sono stati 104.467 di cui 83.574 per anziani e per malati terminali 20.893.

	Terapisti Riabilitazione	Infermieri	Altri Operatori	Totale
Ore di assistenza	62.680	334.295	20.894	417.869
Per Anziani	59.546	317.580	19.849	369.975
Per Mal. Terminali	3.134	16.715	1.045	20.894
Accessi degli operatori	62.680	451.298	20.894	534.872
Di cui per anziani	59.546	428.733	19.849	508.128
Per paz. In fase terminale	3.134	22.565	1.045	26.744

Tab.3: Dati assistenza domiciliare



Fig.9: Personale in convenzione

I medici di medicina generale (484) hanno assicurato 29.269 accessi. Per l’assistenza sanitaria di base sono state attivate tutte le forme di associazione dei medici (A.F.T.) per potenziare la rete territoriale. Particolare attenzione viene posta all’assistenza specialistica ambulatoriale, al recupero e alla riabilitazione funzionale e alle attività diagnostiche e di laboratorio, confermando sia l’attuale struttura in rete tesa al laboratorio unico logico, sia al potenziamento della diagnostica per immagine con l’attivazione anche di quattro TAC territoriali (Caserta, Aversa, Mondragone e Teano) e di una seconda RMN a Marcanise. Sono stati attivati i sei centri diabetologici pubblici.

Nei 29 presidi di Continuità assistenziale sono presenti 952 medici tra titolari (171) e sostituti per complessive 279.900 ore di lavoro.

Il numero di Medici di Medicina Generale che hanno effettuato assistenza programmata sono stati 419 con n. 28.125 autorizzazioni concesse.

Dal 2022 sono entrati in attività e a pieno regime 11 Chronic Care Center che nel 2022 hanno assistito 5.815, nel 2023 10522 e nel 2024 altri 4.382 pazienti con patologie croniche per un totale di 20.719 utenti. Restano attivi al I Sem 2025 n. 5.935 utenti.

DISTRETTO	STRUTTURA	fino al 2022	2023	dic-24	Attivi I Sem 2025
Ds12 – Caserta	Chronic Center Ds 12 Caserta	903	1151	487	1056
Ds13 – Maddaloni	Chronic Care Center	0	191	56	231
Ds14 – Teano	Chronic Center Ds 14 Cellole	305	888	313	1089
Ds15 – Piedimonte Matese	Chronic Center Ds 15 Alife	13	23	228	0
Ds16 – Marcianise	Chronic Center Ds 16 Marcianise	68	48	166	30
Ds17/19 – Aversa	Chronic Center Ds 17/19 Aversa – Lusciano	980	3341	456	813
Ds18 – Succivo	Chronic Center Ds 18 Succivo	1176	1426	735	1.251
Ds20 – Casal Di Principe	Chronic Center Ds 20 Casale	660	258	97	0
Ds21 – Santa Maria Capua Vetere	Chronic Center Ds 21 Grazzanise	11	405	57	331
Ds22 – Capua	Chronic Center Ds 22 Capua	831	1084	1207	771
Ds23 – Mondragone	Chronic Center Ds 23 Mondragone	868	1707	580	363
		5815	10522	4382	5.935

Tab.4: Dati di attività Chronic Center

Nel corso del 2025 sono state attivate in ogni distretto le COT con le seguenti transazioni.

Etichette di riga	Conteggio di Setting di Destinazione
COT di Aversa	10
COT di Caiazzo	9
COT di Capua	16
COT di Caserta	48
COT di Marcianise	20
COT di Mondragone	11
COT di Roccamonfina	22
COT di San Cipriano d'Aversa	7
COT di San Felice a Cancellò	19
COT di Santa Maria Capua Vetere	15
COT di Teverola	9
Totale complessivo	186

Tab.5: Transazione nelle COT al 30 Novembre 2025

Nel 2025 sono stati attivati anche gli ambulatori, a gestione infermieristica, che giocano un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria moderna, offre al paziente una vasta gamma di servizi di cura e promozione della salute alla comunità.

Gli ambulatori sono gestiti da infermieri che erogano diverse prestazioni come terapie farmacologiche, esami strumentali di primo livello, medicazioni, controllo parametri vitali, controllo glicemico, prelievi ematici con accesso con impegnativa medica e prescrizione completa della prestazione infermieristica.

Distretto	N. Prestazioni
12 Caserta	1529
13- Maddaloni	1777
16- Marcianise	1109
17_19 Aversa	4.240
18- Succivo	254
20-Casal di Principe	300
21-S Maria Cv	1044
22- Capua	1050

Tab.6: N. prestazioni negli ambulatori infermieristici

1.3 La Rete dell'emergenza

L'Emergenza ospedaliera e territoriale è assicurata da 4 PS attivi in Presidi Pubblici 1 PS in una Casa di Cura, 20 Presidi Saut (di cui 18 con ambulanze medicalizzate e due con ambulanze senza medico) e 3 PSAUT territoriali. Nel corso del 2023 le ore totali di servizio sono state 279.316. I contatti effettuati sono stati 207.235 con 2.395 ricoveri prescritti. Le ambulanze per l'emergenza sono 22 sono di tipo "A" con medico a bordo ed una è un'Unità Mobile di Rianimazione.

Presidio Ospedaliero	5 - Bianco	4 -Verde (urgenza minore)	3 -Azzurro (urgenza differibile)	2 Arancione (urgenza)	1 Rosso	Nero	Non rilevato	Totale complessivo
P.O. Maddaloni								
P.O. Santa Maria C. V.								
P.O. Marcianise	1.624	30.962	3.011	777	228		73	36.675
P.O. Piedimonte Matese	507	13.516	2.253	625	212	5	38	17.156
P.O. Sessa Aurunca	542	18.898	2.373	515	193	6	52	22.579
P.O. Aversa	1.658	53.462	4.078	3.263	463	5	1.047	63.976
Totale complessivo	4.331	116.838	11.715	5.180	1.096	16	1.210	140.386
Diff. Rispetto 2023	9,5%	1,7%	15,5%	-1,3%	4,0%	33,3%	16,3%	2,9%
Diff. Rispetto 2022	-18,3%	16,9%	58,9%	0,2%	19,8%	-40,7%	24,4%	17,3%
Diff. Rispetto 2021	-3,2%	46,4%	157,1%	-54,8%	1,8%	-56,8%	53,7%	37,3%

Tab.7: Accessi ai PPSS nel 2024

Nel 2024, rispetto all'anno precedente, si registra un incremento significativo di:

- Codici bianchi + 9,5% (da 3.956 a 4.331);
- Codici verdi + 1,7% (da 114.867 a 116.838);
- Codici azzurri + 15,5 %.

Presidio Ospedaliero	5 - Bianco	4 -Verde (urgenza minore)	3 -Azzurro (urgenza differibile)	2 Arancione (urgenza)	1 Rosso	Nero	Non rilevato	Totale complessivo
P.O. Maddaloni								
P.O. Santa Maria C. V.								
P.O. Marcianise	1193	36306	5117	2706	525	3	534	46384
P.O. Piedimonte Matese	914	22720	2348	540	178		98	26798
P.O. Sessa Aurunca	400	10253	1805	353	133	2	61	13007
P.O. Aversa	455	12524	2351	437	147	3	56	15973
Totale complessivo	2962	81803	11621	4036	983	8	749	102162
Diff. Rispetto 2024	-43,6%	-39,5%	-20,0%	-27,2%	- 27,1%	- 60,5%	-27,4%	-37,3%
Diff. Rispetto 2023	-0,2%	-5,1%	52,7%	2,6%	24,4%	- 11,1%	-4,0%	-0,1%
Diff. Rispetto 2022	-25,5%	9,2%	110,2%	4,0%	43,2%	- 60,5%	2,6%	13,8%

Tab.8: Dati triage -anno 2025 III Trim

Accessi di Pronto soccorso anno 2025 - (gennaio - ago)							
Codice Triage in entrata							
Etichette di riga	5 - BIANCO - NON URGENZA	4 - VERDE - URGENZA MINORE	3 - AZZURRO - URGENZA DIFFERIBILE	2 - ARANCIONE - URGENZA	1 - ROSSO - EMERGENZA	N - GIUNTO CADAVERE	Totale
P.O. S. G. Moscati Aversa	1.072	25.177	10.757	4.681	985	1	42.673
P. O. A. Guerriero Marcianise	249	15.489	7.044	1.617	214		24.613
P.O. Piedimonte Matese	384	6.402	4.499	480	160		11.925
P.O. San Rocco Sessa Aurunca	597	7.867	5.315	838	260		14.877
Totale complessivo	2.302	54.935	27.615	7.616	1.619	1	94.088

Tab.9: Accessi di Pronto Soccorso aggiornati ad agosto 2025

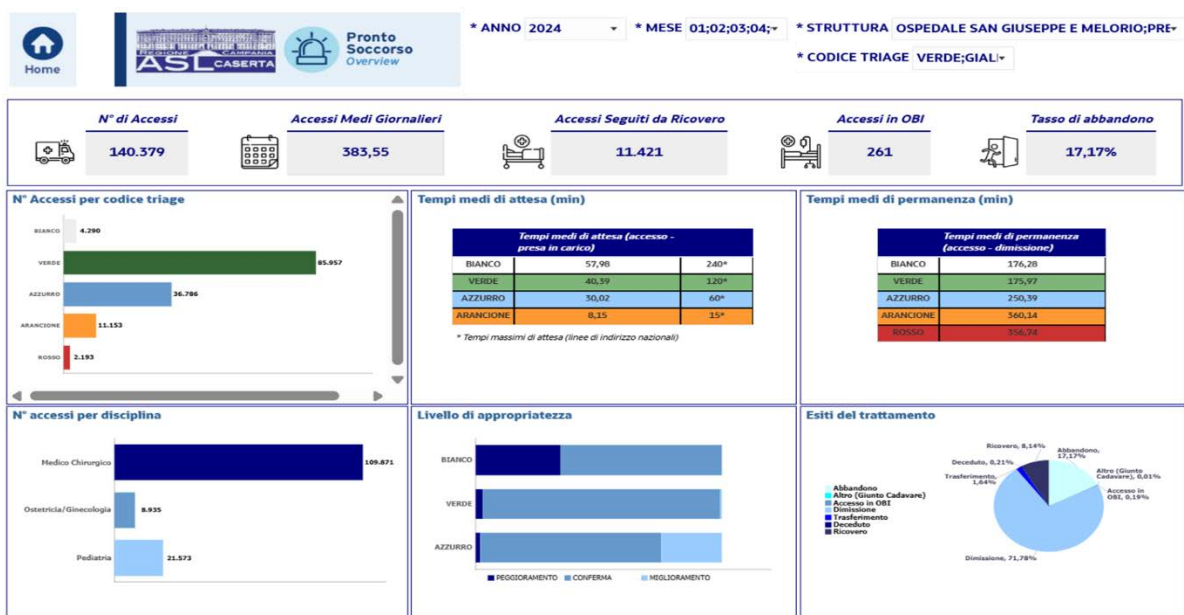


Fig.10: Dashboard Pronto Soccorso – Overview

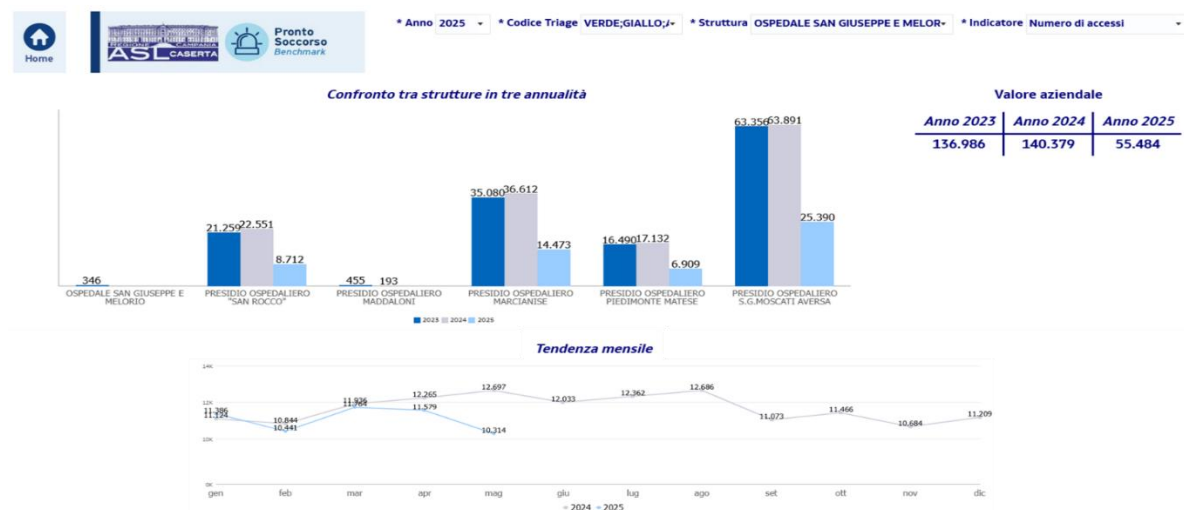


Fig.11 Dashboard Pronto Soccorso – Benchmark -Confronto tra strutture su tre annualità

1.4 L'Assistenza Ospedaliera

Tipologia	2023	2024	2025 III Trim.
Ricoveri Ordinari	59.808.807	61.695.909	46.845.342
Ricoveri Day Hospital	12.149.777	8.400.168	4.575.299
Pronto Soccorso(*)	20.482.625	21.371.749	16.219.610

Tab.10: Bilanci dei Presidi Ospedalieri dell'ASL.

Ricoveri al 31/12/2023							
Tipo ricoveri	N. ricoveri	Dimessi DO/chiusi DH			Valore ricoveri	Ammessi non dimessi DO/aperti DH	
		N. accessi (solo DH)	N. giornate degenza			N. ricoveri	N. accessi (solo DH)
Acuti	25.155	32.297	112.721		70.898.344,16	177	-
DO	17.747		112.721		58.748.566,82	169	
DH	7.408	32.297	-		12.149.777,34	8	-
___DH CHIRURGICO	5.143	12.548			5.786.367,64	8	
___DH MEDICO	2.265	19.749			6.363.409,70	-	
Riabilitazione (cod. 28, 56 e 75)	114	-	2.244		550.869,80	2	-
DO	114		2.244		550.869,80	2	
DH	-	-			-	-	
Lungodegenza (cod. 60)	118		3.392		509.370,40	3	
Totale ricoveri	25.387	32.297	118.357		71.958.584,36	182	-

Tab.11: Ricoveri anno 2023

Ricoveri al 31/12/2024							
Tipo ricoveri	N. ricoveri	Dimessi DO/chiusi DH			Valore ricoveri	Ammessi non dimessi DO/aperti DH	
		N. accessi (solo DH)	N. giornate degenza			N. ricoveri	N. accessi (solo DH)
Acuti	25.184	20.579	113.083		68.963.567,55	302	-
DO	18.397		113.083		60.563.399,46	231	
DH	6.787	20.579	-		8.400.168,09	71	-
___DH CHIRURGICO	5.235	20.579			5.939.498,04	71	
___DH MEDICO	1.552	-			2.460.670,05	-	
Riabilitazione (cod. 28, 56 e 75)	125	-	2.190		543.613,60	1	-
DO	125		2.190		543.613,60	1	
DH	-	-			-	-	
Lungodegenza (cod. 60)	159		3.852		588.896,00	1	
Totale ricoveri	25.468	20.579	119.125		70.096.077,15	304	-

Tab.12: Ricoveri anno 2024

Ricoveri al 30/09/2025							
Tipo ricoveri	N. ricoveri	Dimessi DO/chiusi DH			Valore ricoveri	Ammessi non dimessi DO/aperti DH	
		N. accessi (solo DH)	N. giornate degenza			N. ricoveri	N. accessi (solo DH)
Acuti	17.791	8.003	78.842		50.234.923,05	970	-
DO	13.638		78.842		45.660.025,15	169	
DH	4.153	8.003	-		4.574.897,90	801	-
___DH CHIRURGICO	3.364	6.134			4.126.595,75	312	
___DH MEDICO	789	1.869			448.302,15	489	
Riabilitazione (cod. 28, 56 e 75)	130	2	2.435		605.755,20	15	-
DO	129		2.435		605.353,60	6	
DH	1	2			401,60	9	
Lungodegenza (cod. 60)	122		3.908		579.964,00	10	
Totale ricoveri	18.043	8.005	85.185		51.420.642,25	995	-

Tab.13: Ricoveri anno 2025

INDICATORI DI ATTIVITA' PER OBIETTIVI
ASL
150203 ASL

Periodo Rilevazione: gennaio - novembre

9999 ASL

Indicatore	Anno 2025 gen - nov	Anno 2024 gen - dic
HROR 01 Ricoveri Ordinari	17102	18786
HGDG 02 Giornate di Degenza	105696	119931
HMDG 03 Degenza Media	6,18	6,38
9901 04 Peso Totale	23276,07	25484,88
HPMO 05 Peso Medio	1,13	1,1
HICM 06 Indice di occupazione media	67,53	74,09
HRDH 07 Ricoveri DH	5253	6933
HADH 08 Num. accessi DH	9541	21104
D04C 09 Ricoveri per Asma pediatrica		1
D04C 10 Ricoveri per Gastroenterite pediatrica	7	3
D03C 11 Ricoveri per BPCO	7	6
D03C 12 Ricoveri per Diabete	8	12
D03C 13 Ricoveri per Scompenso cardiaco	18	19
HDDH 14 Ricoveri per DH Diagnostico	14	11
HMDH 15 Ricoveri per DH Medico (accessi)	1972	5630
HSDO 16 Chiusura SDO in 72h	74,43	66,24
HDPO 17 Degenza pre-operatoria	0,25	0,25
H17C 18 % Parti cesarei primari <1000	18,19	17,07
HROS 19 % Degenza oltre soglia anziani	3,1372	3,3595
HRIC 20 % Ricoveri chirurgici	45,96	40,79
H13C 21 % Frattura collo femore >65 anni entro 48ore	86,4	73,21
D27Z 23 % Ricoveri ripetuti in psichiatria su totale ricoveri per patologie psichiatriche	4,92	4,38
H04Z 24 - Rapporto DRG LEA e DRG non LEA	0,1	0,09
H05Z 25 - Proporzioe colecistectomie laparoscopiche con deg. < 3gg	97,8	93,03
HMRC 27 - DRG Medico in reparto chirurgico	10,27	11,87
HSTR 28 attivazione stroke unit - increm. attività	36	45
HWEE 29 attivazione Week surgery - increm. attività	238	271
HRXE 30 Incremento attività radiologica esterna	64183	74213
HPAC 31 - Attivazione / incrementare PACC	3554	1211
HFDI 34 % erogazione farmaci in dimissione	21,07	35,68
D04Ci 35 Ricoveri per Asma e Gastroenterite pediatrica	7	4
D03Ci 36 Ricoveri per BPCO, Scompenso,Diabete	33	37

Tab. 14 : Indicatori dei Presidi Ospedalieri dell'ASL agg. al 30 Novembre 2025

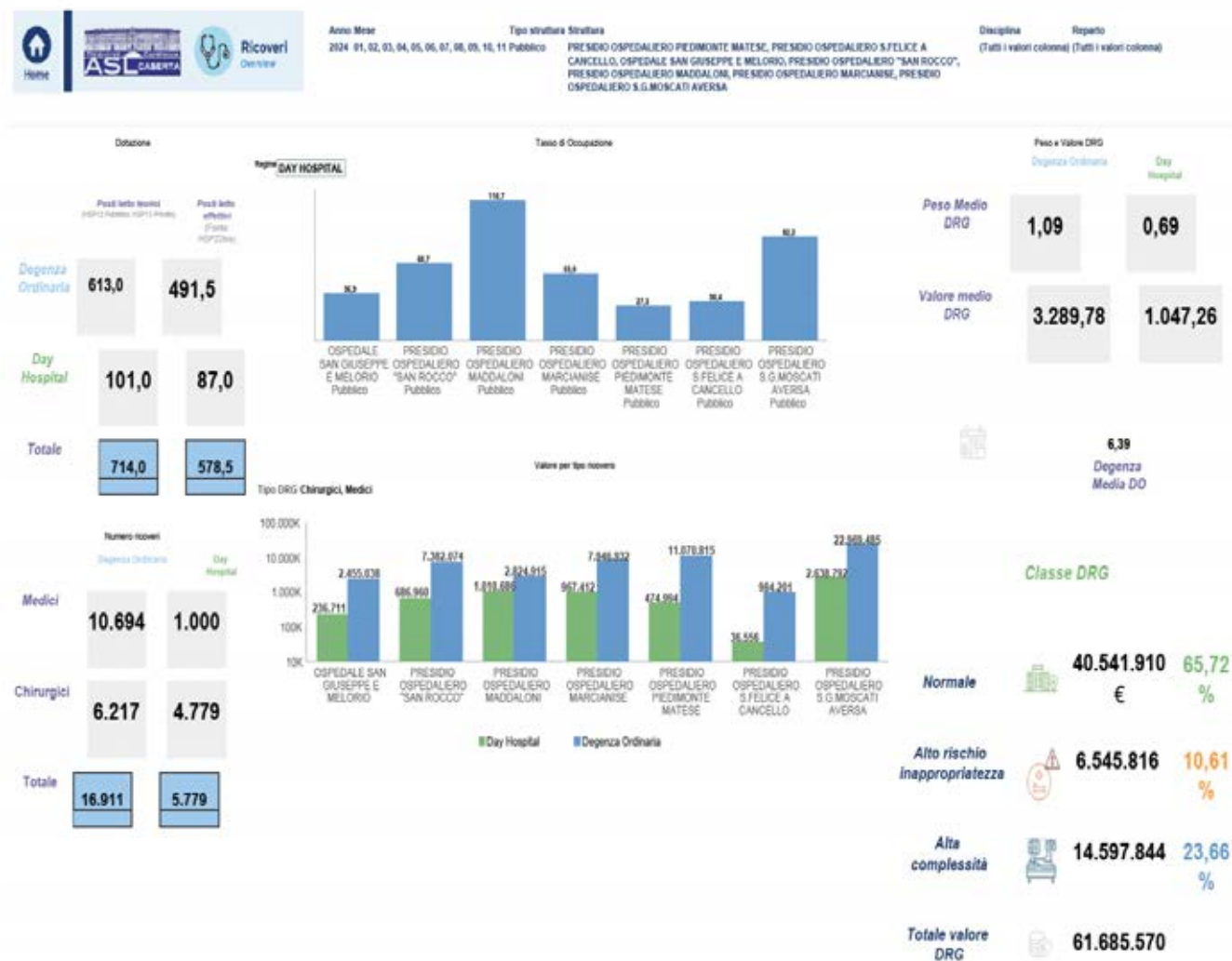


Fig.12: Assistenza ospedaliera Dashboard- Indicatori di attività e di produzione



Fig. 13: Assistenza ospedaliera Dashboard- Indicatori di attività e di qualità

1.5 Assistenza Specialistica

In relazione alle disposizioni indicate nel Decreto Dirigenziale n° 482 del 02.12.2022, avente ad oggetto "CUP Unico Regionale-Strutture Private Accreditate Disposizioni urgenti alle AA.SS.LL.", l'A.S.L. ha provveduto ad individuare gli Ambiti di Garanzia.



Fig.14: Distribuzione ambiti di Garanzia conferiti sul territorio dell'Asl Caserta

Sulla base dei criteri di distribuzione sul territorio aziendale delle strutture erogatrici, la ASL Caserta ha individuato ambiti territoriali suddivisi per comune:

- **Ambito di Garanzia 1°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 23 presenti nei seguenti comuni Sessa Aurunca, Cellole, Castel Volturno, Mondragone; Estensione territoriale 524,81 kmq e una popolazione pari all'11,4 %. La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 73%.
- **Ambito di Garanzia 2°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 14, 15 presenti nei seguenti comuni Teano, Vairano Patenora, Piedimonte Matese; Estensione territoriale 1.339,78 kmq e una popolazione pari all'13,3 %. La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 72%.
- **Ambito di Garanzia 3°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 17, 18, 19, 20 presenti nei seguenti comuni Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, San Marcellino, Casal di Principe, San Cipriano D'Aversa. Estensione territoriale 276,58 kmq e una popolazione pari al 31%. La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 82%.
- **Ambito di Garanzia 4°:** comprendente tutte le strutture pubbliche e private afferenti ai Distretti Sanitari 12, 13, 16, 21, 22 presenti nei seguenti comuni Casagiove, Caserta, Maddaloni, San Felice a Cancelli, Marcianise, Recale, Curti, Santa Maria Capua Vetere, Capua. Estensione territoriale 510,11 kmq e una popolazione pari al 44,3 %. La copertura delle prestazioni di garanzia è pari al 87%.
- Nella Provincia di Caserta, le strutture erogatrici pubbliche sono 26 e quelle private accreditate 195 per un totale di 221 strutture. Per branche n. discipline 165 per gli erogatori pubblici e n. 234 per erogatori privati.

Distretto Sanitario	N.Ambulatori specialistici
Distretto 12 Caserta (Unica Sede)	39
Distretto 13- Maddaloni (Maddaloni -S Felice a C)	28
Distretto 14- Teano -Sessa Aurunca-Vairano P- Cellole-Mignano-Roccamonfina-Francolise	65
Distretto 15- Piedimonte-Alife-Caiazzo-Ruviano	35
Distretto 16- Marcianise	20

Distretto 17-17 Aversa-Lusciano-Parete-S Marcellino-Trentola Ducenta	58
Distretto 18- Succivo-Teverola-Sant' Arpino	24
Distretto 20-Casal di Principe	16
Distretto 21- S Maria C V- Grazzanise	27
Distretto 22- Capua	21
Distretto 23-Mondragone Castel Volturno	31

Tab.15: Le strutture ambulatoriali distrettuali (*= elaborazione da file Soresa tutte le prestazioni)

Nel 2025 le strutture pubbliche dell'ASL hanno erogato (Dati File C pubblico) 2.176.252 prestazioni ambulatoriali rispetto alle 1.324.321 prestazioni del 2022.

Struttura	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapeutiche	Visite	Totale complessivo
Distretto 12	12.216	1.242	893	3.828	40.430	58.609
Distretto 13 / Hospice San Felice	8.648	144	2.206	7.608	24.761	43.367
Distretto 14	9.285	456	5.128	2.023	33.025	49.917
Distretto 15	5.144	562	5.627	516	20.467	32.316
Distretto 16	5.198	879	186	3.546	24.452	34.261
Distretto 17/19	16.463	642	156	14.546	47.288	79.095
Distretto 18	1.472	108		1.554	15.280	18.414
Distretto 20	3.586	46	62	745	21.273	25.712
Distretto 21	6.857	197	109	3.360	20.010	30.533
Distretto 22	4.738	376	171	651	15.638	21.574
Distretto 23	5.853	166	170	1.015	22.817	30.021
Ospedale Aversa	20.588	208.364		9.321	34.893	273.166
Ospedale Maddaloni	7.486	96.569	164	978	7.217	112.414
Ospedale Marcianise	25.097	634.970	4	6.524	24.651	691.246
Ospedale Piedimonte Matese	11.500	262.166	14	11.412	14.704	299.796
Ospedale San Felice A Cancelli	23.512	1.485	1.123	7.594	12.552	46.266
Ospedale Santa Maria Capua Vetere	12.700	91.209	58	5.924	9.431	119.322
Ospedale Sessa Aurunca	7.045	191.376		3.403	4.938	206.762
Salute Mentale Maddaloni				275	781	1.056
Salute Mentale Marcianise				40	1.650	1.690
Salute Mentale Piedimonte Matese	1			104	609	714
Salute Mentale Teano					1	1
Totale	187.389	1.490.957	16.071	84.967	396.868	2.176.252

Tab.16: File C Pubblico anno 2025

Assistenza assicurata da Centri Privati accreditati. Per la riabilitazione (18 strutture che erogano prestazione ex art.26, 22 di FKT di cui 9 solo di FKT, undici RSA (per disabili e/o per anziani). L'assistenza specialistica è assicurata da 61 laboratori di Patologia Clinica, 29 di Radiologia, 13 di cardiologia, 20 centri di dialisi, 5 di diabetologia, 5 di medicina nucleare, 13 con branche a visita. L'Assistenza Ospedaliera in regime di accreditamento è assicurata da 13 case di cura di cui 1 con PS attivo, 6 con Ostetricia e Rianimazione, 1 con lungodegenza ed una ad indirizzo riabilitativo.

L' ASL Caserta con delibera n.347 del 8.3.2021 ha definito la "Rete Aziendale dei Centri di Assistenza Diabetologica..." per n. 16 CAD.

I CAD pubblici sono organizzati con diabetologi e infermieri dedicati e con supporto di specialisti ambulatoriali (che dedicano ore parziali secondo le esigenze): cardiologo, neurologo, oculista, nutrizionista, chirurgo vascolare.

Centri Anti Diabete PUBBLICI di II Livello- N. 10 Autorizzati e Attivi

1. CAD Dis 12- Caserta Distretti 12 e 13 Palazzo della Salute-Caserta-Attivo dal 2020. Paz. in carico **(3.445 per la popolazione del Distretto 12 e 1753 per il distretto 13)**
2. CAD Dis 14- Cellole Distretto 14 (Teano, Sessa Aurunca, Vairano P.) -Attivo dal 2020-Paz. In carico **2.170**
3. CAD Dis 15- Ruviano Distretto 30 di Piedimonte Matese-Attivo dal 2024- Paz. in carico **2.483**
4. CAD Dis 16- Marcianise -Distretto 16- Marcianise -Attivo dal 2024 – Pazienti in carico **2.615**
5. CAD Dis 17- Aversa Distretti 17-19 Aversa -Lusciano Attivo dal 2020 – Paz. In carico **7.235**
6. CAD Dis 18- Succivo Distretto 18 -Succivo Attivo dal 2023 -Paz. In carico **611**
7. CAD Dis 20- Casal Di Principe Distretto 20- Casal di Principe -Attivo dal 2023 – Paz. in carico **1.742**
8. CAD Dis 21- Grazzanise – Distretto 21 S.M.C.V -Grazzanise Attivo dal 2023 -Paz. In carico **2.202**
9. CAD Dis 22- Capua Distretto 22 Capua-Via Palasciano -Attivo dal 2021 – Paz. In carico **1.928**
10. CAD Dis 23- Mondragone – Distretto 23 Mondragone Castelvolturmo Attivo dal 2022 -Paz. in carico **4.258**

N. Pazienti in carico presso le 15 strutture pubbliche 30.443.I dati sono aggiornati al 31 ottobre 2024.

Centri Anti Diabete PRIVATI Accreditati n. 5

1. CAD- "Assistenza Italiana Diabetici" cod.000113- Caserta. Via Roma N. Paz. In carico **13.396**
2. CAD- "Istituto studio e cura del diabete" – Casagiove. Attualmente sospeso fino al 31 Maggio 2024
3. CAD- "Terra di Lavoro" Cod. 341114 – Aversa N. Paz. In carico **3.005**
4. CAD- "Normanno" Cod. DIA482 – Trentola Ducenta N. Paz. in carico **2.328**
5. CAD - "Bioanalisi Cliniche" Cod.DIA512- S Maria a Vico N. Paz. In carico **1.297**

Riferimenti istituzionali e contatti

Distretto	Comune	Indirizzo
Distretto 12	Caserta	Viale Paul Harris, 79
Distretto 13	Maddaloni	Via Caudina Parco Giuliana – Maddaloni
Distretto 14	Teano	Via Roma – Teano
Distretto 15	Piedimonte Matese	Via Matese
Distretto 16	Marcianise	Piazza Carità (ex P.O.)
Distretto 17/19	Aversa	Via Santa Lucia
Distretto 18	Succivo	Via Garcia Lorca, 2
Distretto 20	Casal di Principe	Corso Umberto I, 79
Distretto 21	Santa Maria Capua Vetere	Via Mazzocchi, 229 – 81055
Distretto 22	Capua	Via Ferdinando Palasciano, 1, 81043
Distretto 23	Mondragone	Via degli Oleandri 85 - 81034

Tab. 17: Le sedi dei distretti

Presidio ospedaliero	Comune	Indirizzo
P.O. "Anastasia Guerriero " Marcianise	Marcianise	Viale Sossietta Scialla, 81025
P.O. Maddaloni	Maddaloni	Via Libertà, 80124
P.O. Piedimonte Matese	Piedimonte Matese	Via Matese, 81016
P.O. S. Giuseppe Moscati Aversa	Aversa	Via Gramsci,1
P.O. S. Rocco Sessa Aurunca	Sessa Aurunca	Via XXI Luglio, 81037
P.O. San Felice a Cancellò	San Felice a Cancellò	Via Roma, n. 349 - 81027
P.O. San Giuseppe Melorio Santa Maria Capua Vetere	Santa Maria Capua Vetere	Via Melorio

Tab.18: Le sedi dei Presidi Ospedalieri

1.6.1 IL RPCT

L'Azienda Sanitaria Locale ha individuato come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dirigente Avvocato Francesca Landolfi, come da delibera 1017 del 06/06/2024. L'Avv. Landolfi è Direttore ff della UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy c/o Sede Centrale alla Via Unità Italiana n. 28 – 81100 Caserta
 Recapito telefonico 0823/445610
 email : trasparenza@aslcaserta.it
 pec: anticorruzione-trasparenza@pec.aslcaserta.it

1.6.2 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) contattabile ai numeri : 0823445134 e 0823445000 riveste un ruolo cruciale all'interno dell'Azienda, fungendo da punto di contatto privilegiato tra l'organizzazione sanitaria e i cittadini/utenti.

Oltre all'unità operativa centrale, l'ASL garantisce la copertura territoriale attraverso diversi punti di servizio, collocati in particolare nelle sedi distrettuali. La mappatura dettagliata è consultabile nella specifica sezione del sito istituzionale, accessibile al seguente indirizzo: <https://www.aslcaserta.it/index.php/urp/>.

2. Valore pubblico

2.1 Valore pubblico

Nel contesto economico, sociale e sanitario attuale, caratterizzato da crescenti bisogni assistenziali, da vincoli di sostenibilità finanziaria e da un'evoluzione demografica che incide in modo significativo sulla domanda di servizi, la capacità dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta di generare Valore Pubblico rappresenta il presupposto fondamentale per garantire l'efficacia e l'equità dell'azione amministrativa. In tale prospettiva, **il Valore Pubblico** costituisce il fine ultimo delle politiche sanitarie e socio-sanitarie ed è **inteso come il miglioramento del livello di benessere economico, sociale, assistenziale e ambientale della popolazione di riferimento, rispetto alle condizioni di partenza.**

2.2 Analisi del Contesto Esterno

Il contesto esterno in cui opera l'ASL Caserta è caratterizzato da una popolazione numerosa e demograficamente eterogenea, da un'elevata incidenza di fragilità sociali e sanitarie e da una crescente domanda di servizi di prossimità, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria. In tale quadro, assumono particolare rilievo le politiche nazionali e regionali di rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nonché gli interventi previsti dal PNRR, con specifico riferimento alla Missione 6, orientata alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e al potenziamento delle strutture di prossimità.

2.2.1 Contesto Territoriale e Socio-Demografico

L'Azienda Sanitaria Locale che ha competenza sull'intero territorio della provincia di Caserta, situata nella porzione nord-occidentale della Regione Campania, si estende su una superficie di circa 2.651 Km² e comprende un totale di 104 Comuni. La morfologia del territorio è prevalentemente collinare e pianeggiante, con un'economia sostenuta principalmente dal settore terziario.



Fig.15 Territorio ASL Caserta

Il territorio presenta una densità demografica elevata (circa 348 ab/Kmq) e una popolazione di circa 906.000 abitanti (Dato ISTAT 2023/2024), che si concentra nelle aree di pianura e di collina.

La densità demografica non risulta omogeneamente distribuita; è pertanto possibile individuare tre distinte macroaree territoriali:

- **prima macroarea**, caratterizzata da **elevata densità di popolazione**, con una media pari a circa 1.990 abitanti per km², localizzata a ridosso della provincia di Napoli. Essa comprende 21 Comuni, nei quali risiede circa il 34% della popolazione provinciale, ed è ricompresa nei **Distretti sanitari (DIS) 16, 17-19 e 18**;
- **seconda macroarea**, prevalentemente **rurale o a bassa urbanizzazione**, con una densità media di circa 136 abitanti per km², estesa dalla zona costiera all'area subappenninica. Tale area comprende 62 Comuni, nei quali risiede circa il 30% della popolazione, ed è afferente ai **Distretti sanitari (DIS) 12, 13, 20 e 21**;
- **terza macroarea**, a **medio-alta urbanizzazione**, comprendente la città di Caserta e i territori limitrofi, nella quale risiede il restante 36% della popolazione provinciale, con una densità media di circa 761 abitanti per km². Essa include 21 Comuni ed è ricompresa nei **Distretti sanitari (DIS) 14, 15, 22 e 23**.



Fig. 16 :Densità demografica

2.2.2 Contesto Epidemiologico e Ambientale

Tab.19: Popolazione residente e indicatori di struttura al 1 gennaio 2025

Provincia	Popolazione residente (migliaia)			Struttura per grandi classi di età			Età media (anni e decimi di anno)
	Italiana	Straniera	Totale	0-14	15-64	65+	
Caserta	851,1	56,4	907,4	13,7	66,5	19,8	43,6
Campania	5.294,9	280,1	5.575,0	13,3	65,3	21,4	44,5
Italia	53.511,8	5.422,4	58.934,2	11,9	63,4	24,7	46,8

Fonte: ISTAT - Indicatori demografici - Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/>

Tab.20 Indicatori di sopravvivenza e mortalità - Anno 2024

Provincia	Speranza di vita alla nascita (anni e decimi di anno)				Decessi	
	Uomini	Variazione sul 2023	Donne	Variazione sul 2023	Ammontare	Variazione % sul 2023
Caserta	79,3	0,6	83,7	0,6	8,7	-6,1
Campania	79,7	0,4	83,8	0,4	56,5	-4,0
Italia	81,4	0,4	85,5	0,4	650,6	-3,1

Fonte: ISTAT - Indicatori demografici - Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/>

Tab.21- Indicatori del comportamento riproduttivo - Anno 2024

Provincia	Nascite		Numero medio di figli per donna			Età media al parto (anni e decimi di anno)
	Ammontare (migliaia)	Variazione % sul 2023	2022	2023	2024	
Caserta	7,0	-5,5	1,35	1,34	1,28	32,3

Campania	41,3	-3,8	1,33	1,29	1,26	32,3
Italia	369,9	-2,6	1,24	1,20	1,18	32,6

Fonte: ISTAT - Indicatori demografici - Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/>

Tab.22- Indicatori del bilancio demografico - Anno 2024

Provincia	Tasso natalità	Tasso mortalità	Tasso crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio esterno	Tasso migratorio Totale
Caserta	7,7	9,6	-1,8	-1,7	4,6	2,9
Campania	7,4	10,1	-2,7	-3,3	2,7	-0,7
Italia	6,3	11,0	-4,8	0,0	4,1	4,1

Fonte: ISTAT - Indicatori demografici - Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/>

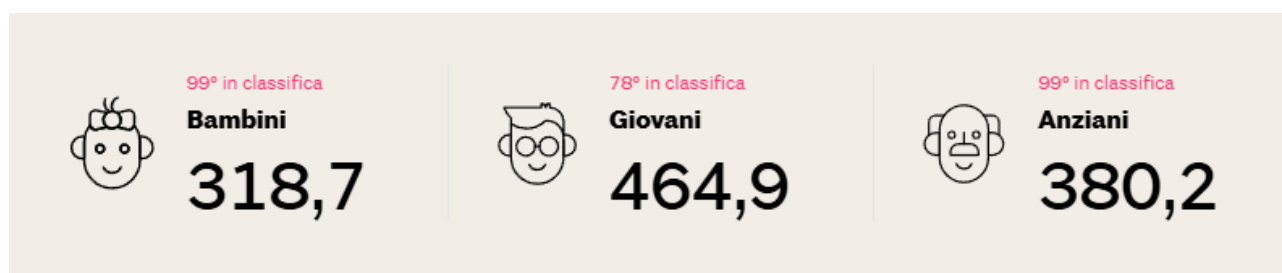
La provincia di Caserta presenta un **indice di vecchiaia complessivamente inferiore** rispetto alla media regionale e nazionale, evidenziando una popolazione relativamente più giovane. Tuttavia, si registra un calo demografico più marcato nei Comuni delle Aree interne, con effetti significativi sulla struttura per età della popolazione e sulla domanda di servizi sanitari e socio-sanitari.

Analogamente a quanto rilevato per la densità abitativa, anche l'indice di vecchiaia – inteso come il rapporto tra la popolazione di età pari o superiore a 65 anni e quella compresa tra 0 e 14 anni, per 100 abitanti – presenta una distribuzione territoriale disomogenea, che consente di individuare tre distinte aree:

1. una **prima area**, localizzata nella parte settentrionale della provincia, caratterizzata dal più elevato indice di vecchiaia medio, pari a 181. Essa comprende 51 Comuni ed è ricompresa nei Distretti sanitari (DIS) 14 e 15;
2. una **seconda area**, confinante con la provincia di Napoli, caratterizzata da una popolazione mediamente più giovane, con un indice di vecchiaia medio pari a 81. Tale area comprende 24 Comuni ed è afferente ai Distretti sanitari (DIS) 16, 17-19, 18 e 20;
3. una **terza area**, intermedia rispetto alle precedenti, con un indice di vecchiaia medio pari a 120, comprendente 29 Comuni ed afferente ai Distretti sanitari (DIS) 13, 21, 22 e 23.

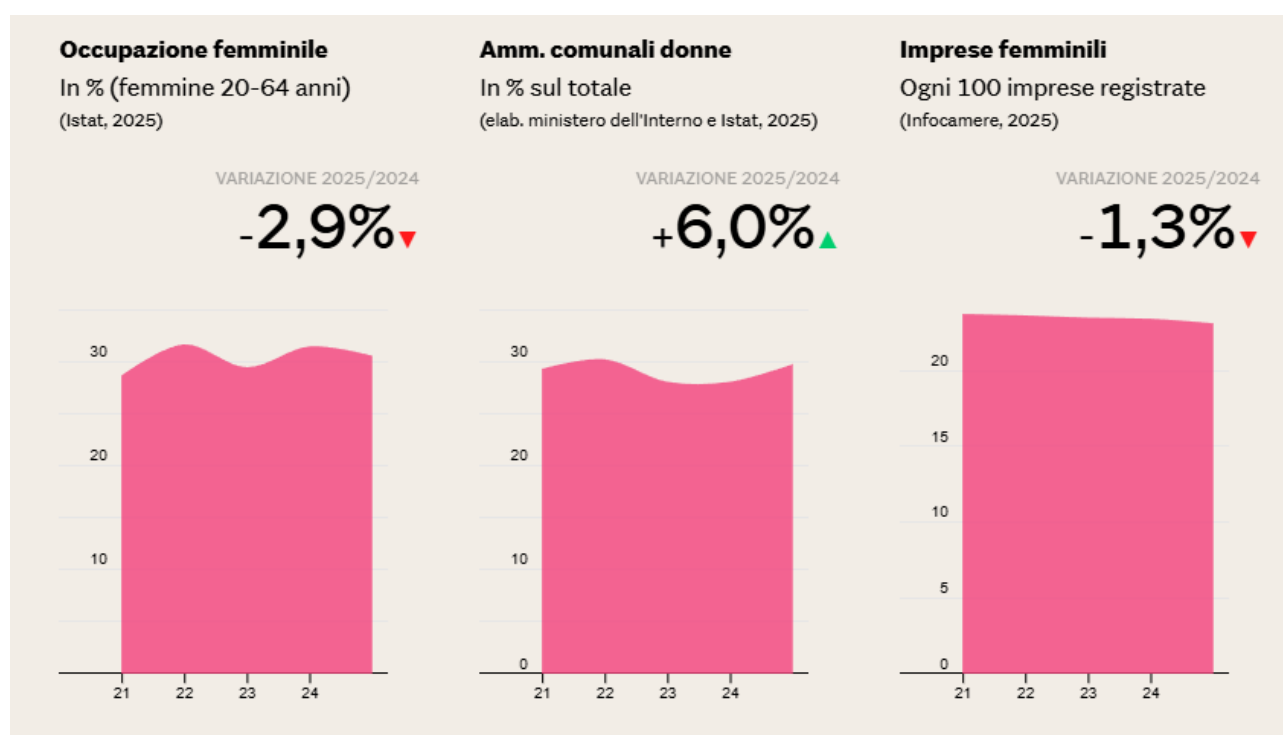


Fig.17 : Indice di vecchiaia



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

Fig.18 Qualità della vita: bambini, giovani e anziani



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

Fig.19 Qualità della vita delle donne

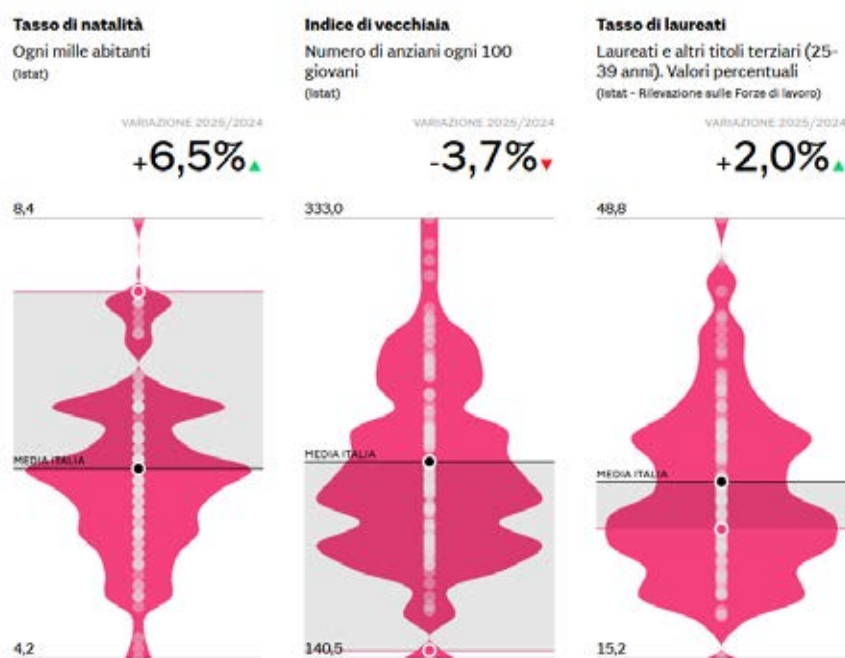
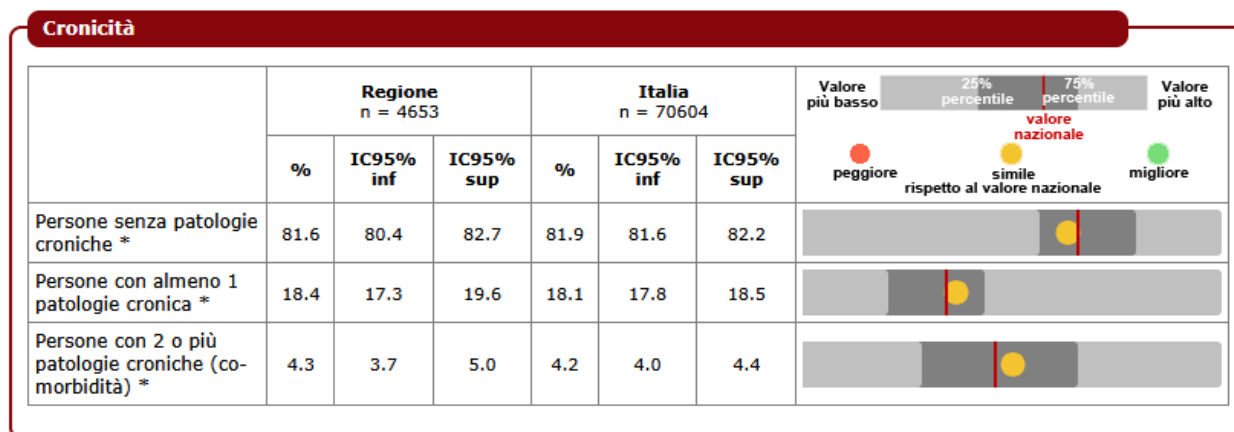


Fig. 20 : Qualità della vita -Indice di vecchiaia e tassi di natalità

Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

Fig.21 Demografia e società



Fonte: Istituto Superiore di Sanità – Epicentro L'epidemiologia per la Sanità (<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/croniche>)

Fig. Incidenza delle Malattie croniche in Campania

2.2.3 Gli indicatori epidemiologici: stratificazione della popolazione

L’analisi sulla banca dati del consumo farmaci, e più in dettaglio della prevalenza d’uso di farmaci per il trattamento delle patologie croniche, evidenzia le seguenti patologie prevalenti:

- Patologie Cardiovascolari: 24,1%;
- Patologie Diabetica: 5,4%;
- Patologie Respiratorie: 5,9%;
- Patologie Oncologiche: 0,6%;
- Patologie Neuropsichiatriche: 6,0%;
- Patologie Reumatologiche: 10,6%;

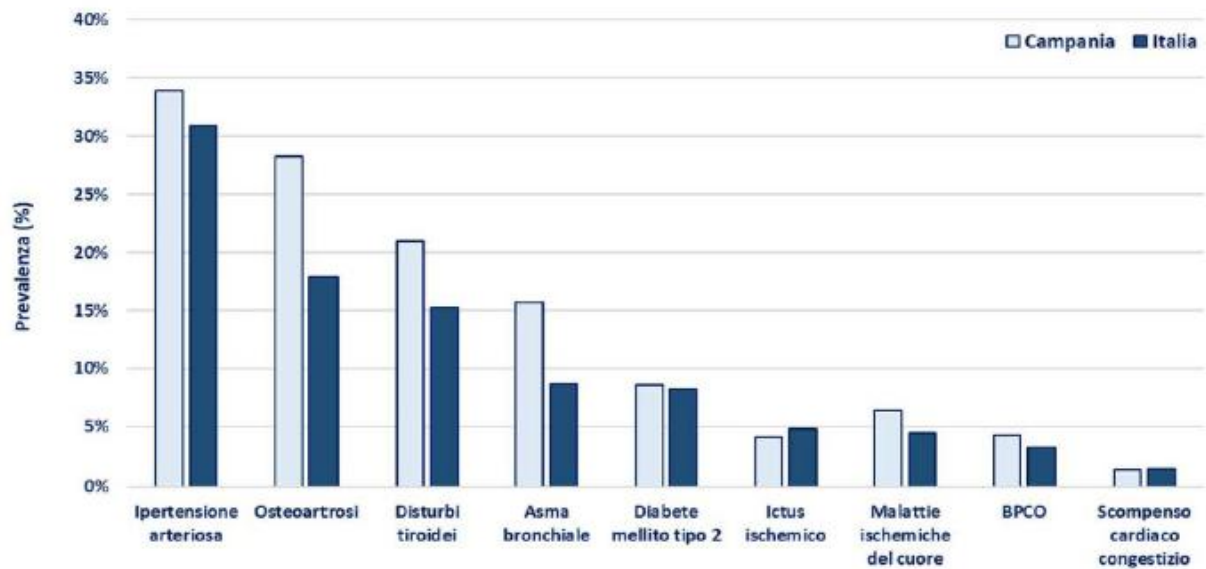


Fig.22 Prevalenza delle principali patologie croniche – Confronto Campania/Italia

PATOLOGIA	PAZIENTI SENZA PATOLOGIE ASSOCIATE		PAZIENTI CON UNA CONDIZIONE PATOLOGICA ASSOCIATA		PAZIENTI CON DUE CONDIZIONI PATOLOGICHE ASSOCIATE	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
CARDOVASCOLARE	138001	49,97%	103055	37,31%	35129	12,72%
NEUROLOGICA	23666	27,00%	39026	44,52%	24959	28,48%
RESPIRATORIE	78503	55,12%	40978	28,77%	22935	16,10%
DIABETICA	4948	7,77%	36175	56,82%	22544	35,41%
ONCOLOGICA	210	14,06%	660	44,18%	624	41,77%

Tab. 23: Prevalenza patologie croniche

Un’analisi più recente effettuata con l’incrocio di varie banche dati relative all’intero anno 2024 evidenzia :

PATOLOGIA	N TRATTATI	PERC SU POP. TOT

CARDIOVASCOLARE	281971	31,10%
RESPIRATORIO	148124	16,34%
DIABETE	69356	7,65%
NEUROLOGIA	31751	3,50%

Tab.24 Analisi epidemiologica su una popolazione di 906.522 utenti.

Tale analisi viene ulteriormente confermata dal report degli indicatori del Sistema Tessera Sanitaria relativo al periodo Gennaio-Sett 2025 da cui si evince che le prime 5 categorie determinano circa l'80 % di tutta la spesa sostenuta dall'ASL di Caserta, ed in particolare:

1^ Sistema Cardiovascolare con una spesa pari ad € 35.779.312 e 146,74 € /1000 assistiti

2^ Apparato Gastrointestinale e Metabolismo (€ 19.621.442) determinata da alcuni antidiabetici (nota 100)-

3^ Farmaci del Sistema Nervoso (12.451.243 €)

4^ Farmaci del Sistema Respiratorio (11.954.860 €)

5^ Gli antimicrobici con una spesa pari ad euro (8.097.903€)

Distribuzione indicatori di spesa e consumo per territorio e ATC - cumulato													
Periodo: Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Giugno, Luglio, Agosto, Settembre - 2025													
Regione : 150 - Campania													
203 - CASERTA													
ATC 1	spesa lorda	R (R) con immissione		DDD				spesa lorda				costo medio DDD	
		numero confezioni	spesa lorda	DDD	per 1000 ass. prescelte	scostamento % rispetto media regionale	scostamento % rispetto area prescelta	per 1000 ass. prescelte	scostamento % rispetto media regionale	scostamento % rispetto area prescelta	% DDD superiore all'85	scostamento % rispetto media regionale	
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	35.779.312	1.755.857	14.214.437	117.282.955	481,00	-0,30%	-0,30%	146,74	0,00%	-0,30%	87,69%	0,31	0,00%
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	19.621.442	815.743	8.236.982	53.140.247	217,54	0,30%	-15,63%	80,47	N/C	-11,02%	87,42%	0,37	-0,30%
N - SISTEMA NERVOSO	12.451.243	425.363	5.575.225	13.885.873	56,05	0,30%	-10,26%	51,07	-0,30%	-10,30%	77,11%	0,31	-0,30%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	11.954.860	202.445	5.915.237	11.872.700	48,10	N/C	-12,36%	48,03	N/C	-10,38%	82,28%	1,30	N/C
J - ANTIMICROBICI PER USO SISTEMICO	8.097.903	350.511	2.895.982	3.543.886	14,53	N/C	-18,62%	33,21	-0,30%	-19,87%	82,44%	2,25	-0,30%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	3.890.349	220.453	1.629.594	8.424.225	38,65	0,30%	-11,15%	18,37	-0,30%	-9,51%	82,83%	0,42	-0,30%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	3.629.268	143.923	1.301.893	10.495.802	42,68	N/C	-7,21%	14,88	-0,30%	-3,98%	84,52%	0,35	-0,30%
L - ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	3.083.224	24.349	1.099.499	1.487.520	5,77	N/C	-10,21%	12,64	0,00%	-13,13%	82,62%	2,18	0,30%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	3.038.782	312.675	1.378.284	18.385.685	67,24	N/C	-14,88%	12,45	0,00%	-23,58%	82,85%	0,18	0,00%
H - PREPARATI ORMONALI, SISTEMI ENDOCRINI SESSUALI E	2.373.093	150.388	915.835	7.385.996	30,29	0,30%	-8,36%	8,73	-0,30%	-8,25%	74,17%	0,32	-0,30%
S - ORGANI DI SENSO	1.785.653	50.162	691.869	3.825.708	14,91	N/C	-8,26%	7,32	0,00%	-9,78%	82,15%	0,48	0,00%
V - VIRE	1.132.207	18.564	528.235	287.655	1,06	N/C	-11,24%	4,64	N/C	-15,60%	0,87%	4,39	N/C
D - DERMATOLOGICI	1.104.067	17.928	483.531	1.733.674	7,11	N/C	-8,65%	4,53	-0,30%	-7,38%	35,45%	0,54	N/C
P - ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	93.830	8.229	35.711	181.154	0,66	N/C	-8,42%	0,38	N/C	-8,91%	93,88%	0,58	N/C
0 - N/D	14	1	14	0	0,00	N/C	N/C	0,00	80,00%	-98,34%	0,00%	0,00	N/C
N/D - N/D	0	0	0	0	0,00	N/C	N/C	0,00	N/C	-100,00%	0,00%	0,00	N/C
Totale	106.133.227	4.494.591	44.083.360	259.473.126	1.627,06			443,48			88,15%	0,43	

Tab.25: Spesa farmaceutica Gen-Giu 2025

L'analisi dei ricoveri per MDC relativi a tutti i ricoveri dei nostri assistiti in tutte le strutture pubbliche e private d'Italia evidenzia:

MDC	N. Casi	Spesa	%
5- Sistema Cardiocircolatorio	11.888	73.641.516	19,39%
8- Apparato Osteomuscolare e tessuto connettivo	12.689	61.553.906	16,21%
1- Sistema Nervoso	6.794	31.733.802	8,36%
4 - Apparato Respiratorio	7.434	27.345.533	7,20%
17- Patologie oncologiche	5.637	19.280.301,45	5,08%

Tab. 26: N. casi di ricoveri anno 2023

Il contesto epidemiologico e l'analisi delle principali cause di mortalità evidenziano che i tumori e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti nell'ambito del territorio aziendale, da attribuirsi principalmente al progressivo invecchiamento dei residenti. Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta perché le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute ed economiche a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità di vita e dei costi per le cure.

L'analisi in dettaglio dei ricoveri per tumori maligni viene analizzata per distretto e per gli anni 2021-2022 e 2023 nella sottostante tabella.

Tumori maligni									
<i>Numero di individui per i quali è stata indicata nella SDO almeno un codice sottoelencato su diagnosi principale o secondaria</i>									
Categorie diagnostiche considerate									
14 Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe									
15 Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo									
16 Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici									
17 Tumori maligni delle ossa. Del tessuto connettivo, della cute e della mammella									
18 Tumori degli organi genitali									
19 Tumori di altre non specificate sedi									
20 Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico									
22 Tumori incerti o di natura non specificata									
23 Carcinomi in situ									
DISTRETTO	Assistibili 2018	2023		2022		2021		Diff% 2023/2022 (indice/1000ab)	Diff% 2023/2021 (indice/1000ab)
		Soggetti	Indice /1000 ab.	Soggetti	Indice /1000 ab.	Soggetti	Indice /1000 ab.		
12 Caserta	107.985	1.325	12,27	1299	11,99	1311	12,10	2,37%	1,43%
13 Maddaloni	79.363	845	10,65	793	10,01	771	9,73	8,37%	9,41%
14 Teano	78.712	898	11,41	878	11,06	815	10,27	3,13%	11,10%
15 Piedimonte M.	59.834	743	12,42	724	11,99	705	11,67	3,60%	6,39%
16 Marcanise	80.099	743	9,28	738	9,13	728	9,01	1,55%	2,94%
17 Aversa	48.115	564	11,72	578	11,88	547	11,24	-1,31%	4,28%
18 Gricignano	103.272	914	8,85	860	8,35	892	8,66	6,01%	2,21%
19 Lusciano	77.801	749	9,63	762	9,86	711	9,20	-2,36%	4,64%
20 Casal di Principe	51.505	524	10,17	538	10,41	489	9,50	-2,31%	7,00%
21 S. Maria C.V.	65.068	656	10,08	641	9,84	645	9,90	2,45%	1,81%
22 Capua	68.139	749	10,99	749	10,90	663	9,65	0,84%	13,91%
23 Castel Volturno	62.774	664	10,58	631	10,04	575	9,15	5,37%	15,63%
Totali ASL Caserta	882.667	9.374	10,62	9.189	10,38	8.852	10,00	2,32%	6,21%

Fig.23: Numero di ricoveri per tumori maligni

Sulla base dei dati del Registro tumori dell'ASL Caserta si registrano n. 50.258 nuovi casi diagnosticati nel corso degli anni 2008-2018 : **27.640** tra gli uomini (pari al 55%), **11.336** tra le donne (45%).

In relazione all' **Incidenza** si stima che in provincia di Caserta si verifichino, nel corso dell'anno:

- circa **4.569 nuove diagnosi di tumore** (esclusi i carcinomi della cute), di cui 2.513 (55%) fra gli uomini e 2056 (45%) fra le donne;
- nel corso della vita in media un uomo su 3 e una donna su 4 avranno la probabilità di ammalarsi di tumore.
- considerando l'intera popolazione, escludendo i carcinomi della cute, le sedi tumorali più frequenti sono: mammella (12,8%), colon-retto (12,7%), polmone (12,2%), neoplasie ematologiche (10,3%) vescica (8,7%) e prostata (7,8%).

- esclusi i carcinomi della cute, i cinque tumori più frequentemente diagnosticati fra gli uomini sono quelli di polmone (18%), prostata (13%), vescica (13%), colon retto (12%) e fegato (5%); tra le donne mammella (28%), colon-retto (13%), utero (7%), tiroide (6%) e polmone (5%).

In relazione alla **mortalità**:

- i decessi dovuti a tumori sono stati, annualmente, (fonte: Istat) 2.178 (1.295 fra gli uomini e 883 fra le donne). In media, un uomo ogni 7 e una donna ogni 12 hanno la probabilità di morire a causa di un tumore.

In relazione alla **sopravvivenza**:

- complessivamente le donne hanno una sopravvivenza a 5 anni del 64%, migliore rispetto a quella degli uomini (53%), in gran parte legata al fatto che nelle donne il tumore più frequente è quello della mammella, caratterizzato da una buona prognosi mentre tra gli uomini il tumore più frequente è quello del polmone, la cui sopravvivenza è molto più bassa.
- Sopravvivono a 5 anni di più le persone giovani rispetto a quelle più anziane sia tra gli uomini (76% tra i 15-44enni vs 44% tra gli ultrasessantacinquenni) sia tra le donne (88% vs 38%).

In relazione alla **prevalenza**:

- è stato calcolato che, al 1/1/2019, oltre 14.600 persone erano viventi ed avevano avuto una diagnosi di tumore nei 5 anni precedenti. Tra queste 7.419 avevano ricevuto la diagnosi nei 2 anni precedenti, verosimilmente impegnati in un intensivo percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale.
- Tra gli uomini, l'incidenza di tutti i tumori ha mostrato nel periodo 2008-2018, un andamento pressoché costante (+0,02% l'anno) mentre, tra le donne è stato rilevato un incremento significativo (+1,5% l'anno).
- Durante il periodo 2008-2018 la mortalità sia per gli uomini che per le donne risulta in diminuzione in maniera consolidata – 1,01% tra gli uomini e -0,88% tra le donne.
- Sono in significativo aumento tra gli uomini i tumori del rene, del testicolo i melanomi cutanei.
- Tra le donne, invece, sono in significativo aumento i tumori di testa collo, del polmone, della mammella, della tiroide, del colon e retto ed i melanomi cutanei.

Un'analisi di tutte le banche dati disponibili in ASL (Ricoveri in tutte le strutture di ricovero, banca dati delle prestazioni di radioterapia, banca dati della farmaceutica) ha individuato n. 11 560 malati oncologici con tumore maligno residenti nell'ASL Caserta nell'anno 2024.

Territorio	Morti in età infantile			Probabilità di morte a 0 anni (per mille)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Italia	253	221	474	2,6	2,2	2,4
Nord	233	205	438	2,4	2	2,2
Centro	202	156	358	2	1,7	1,9
Sud e Isole	304	273	577	3,1	2,8	3
Campania	290	276	566	2,9	2,7	2,8
Caserta	373	227	600	3,3	1,9	2,6

Tabella 27: Mortalità infantile. Fonte: Istat.

In Italia nel 2019 il **tasso di natimortalità** (cioè il rapporto tra il numero di nati morti e il totale dei nati vivi e morti) e quello di mortalità neonatale (cioè il rapporto tra il numero di neonati morti entro i 28 giorni dalla

nascita e il totale dei nati vivi) sono inferiori alla media europea, mentre il nostro paese registra un numero di cesarei e di parti pretermine superiore a quello medio del continente. Lo rileva il nuovo rapporto Euro Peristat.

Ecco i dati principali emersi dal rapporto

- **La mortalità infantile** in Italia nel 2019 era pari a 2,6 morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi, rispetto a 3,1 del 2015.
- L'età materna avanzata al parto presenta forti variazioni a livello europeo, sia tra paesi che nel corso del tempo. Insieme a Spagna e Irlanda, nel 2019 l'Italia era il paese con la percentuale più alta di madri oltre i 35 anni (34,4% rispetto al 33,4% del 2015) e oltre i 40 anni di età (8,8%). Al contrario, la proporzione di donne sotto i 20 anni di età al parto nel quinquennio in esame è diminuita in Europa, salvo che per Cipro, Malta e Slovenia. In Italia la percentuale è scesa dall'1,7% del 2015 all'1,4% nel 2019.

Con riferimento al **tasso di mortalità in età infantile**, dalla tabella che precede, emerge come il dato più performante sia quello relativo all'area del Centro-Italia (tasso 1,9), mentre quello peggiore del Sud e delle Isole (tasso 3). La regione Campania presenta un indice al di sotto della media dell'area Sud-Italia, ma resta comunque superiore alle altre aree italiane.

La provincia di Caserta, insieme a quella di Napoli, presenta la performance migliore (tasso 2,6).

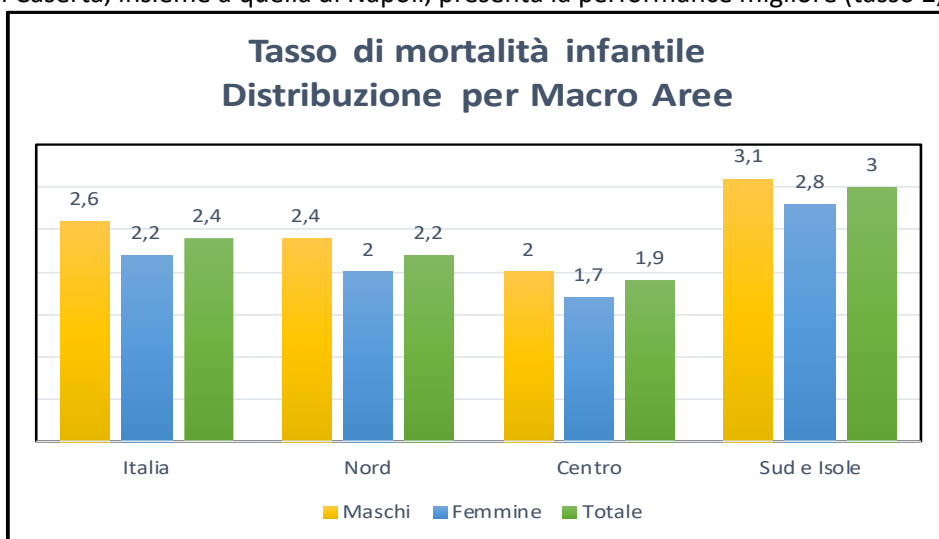


Fig. 24: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione per Macro Aree. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022

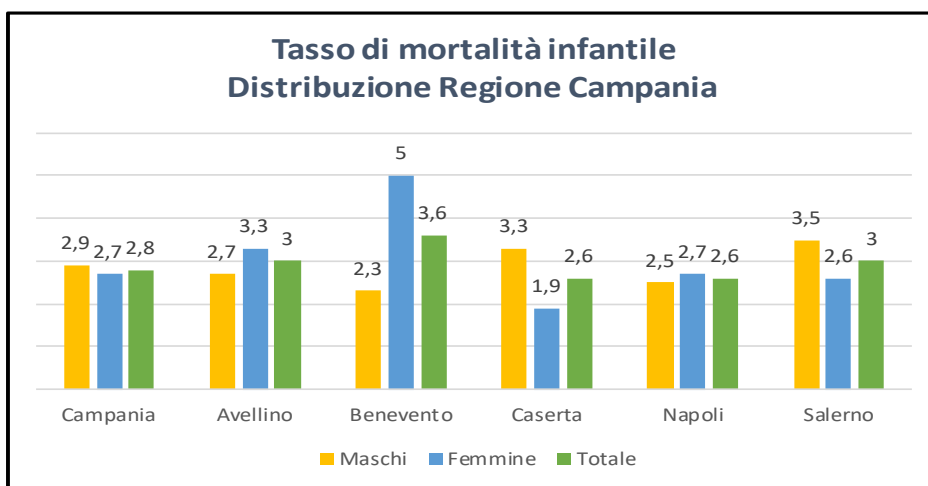


Fig. 25: Tasso di mortalità infantile: Distribuzione Regione Campania. Fonte: Istat. Dati 31/12/2022.

Dal punto di vista epidemiologico, l'ASL si confronta con le sfide tipiche legate ai processi degenerativi e alla cronicizzazione delle forme morbose. Le principali cause di mortalità e morbidità nel territorio sono le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e le patologie neoplastiche. Inoltre, l'area deve affrontare le problematiche sanitarie correlate al contesto ambientale (ad esempio, nella cosiddetta "Terra dei Fuochi"), che richiedono una risposta sanitaria focalizzata su prevenzione e assistenza specialistica.

Per l'analisi dei profili di rischio corruttivo riferibili al contesto esterno, si rinvia alla Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza".

2.3 Analisi del Contesto Interno

Il contesto interno dell'Azienda è connotato da una struttura organizzativa complessa, articolata su un territorio ampio, e dalla necessità di coniugare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con l'efficienza dei processi organizzativi e l'ottimizzazione delle risorse disponibili. In tale ambito, il rafforzamento della capacità amministrativa, la valorizzazione del capitale umano, la digitalizzazione dei processi e l'integrazione tra programmazione sanitaria, organizzativa e finanziaria costituiscono leve strategiche per la creazione e la protezione del Valore Pubblico.

2.3.1 Contesto interno - Organizzazione

Con riferimento al contesto interno organizzativo, si rinvia alla Sezione 3.1 "Organizzazione interna" del presente PIAO.

2.3.2 Contesto interno – Il patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta costituisce una risorsa essenziale per la realizzazione della missione istituzionale e per la creazione di valore pubblico, in quanto strumento funzionale

all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio. Esso è costituito dall'insieme dei beni mobili ed immobili di proprietà dell'Ente, acquisiti in occasione della sua costituzione o mediante atti di trasferimento e di liberalità, ed è gestito nel rispetto della normativa vigente, con l'obiettivo di garantirne un utilizzo efficiente e coerente con le finalità istituzionali.

La gestione del patrimonio immobiliare comprende la codifica dei beni, la determinazione dei relativi valori catastali, nonché le attività di manutenzione e di razionalizzazione degli immobili destinati alle sedi operative, ai servizi sanitari e ai distretti. L'ASL Caserta dispone di un patrimonio significativo di terreni e fabbricati distribuiti sull'intero territorio provinciale, con dati catastali e planimetrie costantemente aggiornati, anche ai fini della trasparenza amministrativa e della programmazione strategica.

Il presidio, la valorizzazione e la razionalizzazione del patrimonio aziendale rappresentano leve strategiche per il miglioramento dei servizi offerti alla comunità, per l'efficienza gestionale e per l'ottimizzazione delle risorse pubbliche, contribuendo alla sostenibilità complessiva dell'Azienda e alla tutela del valore pubblico nel medio e lungo periodo. In tale prospettiva, la gestione del patrimonio aziendale incide direttamente sulla qualità, sull'accessibilità e sulla sicurezza dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati, concorrendo al miglioramento delle condizioni di fruizione delle prestazioni da parte dei cittadini, al rafforzamento dell'assistenza territoriale e al perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed equità dell'azione amministrativa.

La gestione e la valorizzazione del patrimonio aziendale si inseriscono, inoltre, nel quadro degli interventi previsti dal PNRR, con particolare riferimento alla Missione 6, contribuendo al potenziamento delle strutture di prossimità, al rafforzamento dell'assistenza territoriale e all'adeguamento strutturale, tecnologico e funzionale delle sedi aziendali, in coerenza con i nuovi modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria.

2.3.3 Contesto interno – La dimensione economica

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato))	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0010	B.1) Acquisti di beni	202.900.089	216.313.758	13.413.669	7%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	201.043.642	214.776.402	13.732.760	7%
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	130.594.870	122.647.365	- 7.947.504	-6%
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	126.656.068	117.045.534	- 9.610.534	-8%
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	667.264	3.242.198	2.574.933	386%
BA0051	B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali	3.271.537	2.359.634	- 911.903	-28%
BA0060	B.1.A.1.4) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	0%
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	39.608.053	41.192.612	1.584.559	4%
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	1.939.624	2.142.883	203.259	10%
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	6.154.124	5.043.881	- 1.110.242	-18%
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	8.171	7.587	- 585	-7%
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	439.777	205.028	- 234.748	-53%
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	1.066.990	616.915	- 450.075	-42%
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	21.232.034	42.920.131	21.688.096	102%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1.856.447	1.537.356	- 319.091	-17%

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato))	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	791.883.674	792.485.379	601.705	0%
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	77.289.890	77.522.589	232.699	0%
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	99.588.051	101.906.479	2.318.428	2%
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	123.868.684	124.020.490	151.806	0%
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	35.602.278	36.428.031	825.753	2%
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	12.342.795	9.709.385	- 2.633.410	-21%
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	9.416.530	8.562.058	- 854.472	-9%
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	316.530.743	316.049.614	- 481.128	0%
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	8.677.870	11.219.868	2.541.999	29%
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	50.208.337	49.447.143	- 761.194	-2%
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	1.430.319	1.430.319	-	0%
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	6.262.700	8.439.381	2.176.681	35%
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	15.831.313	20.243.247	4.411.935	28%
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.606.550	1.853.577	247.026	15%
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	21.135.234	14.787.261	- 6.347.973	-30%
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	7.305.586	6.899.899	- 405.687	-6%
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.786.796	3.966.038	- 820.758	-17%

Tab. 28= Acquisti di beni e servizi sanitari

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato))	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	43.273.341	44.560.197	1.286.856	3%
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	41.850.344	43.573.518	1.723.175	4%
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	2.814.358	1.897.876	- 916.482	-33%
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	9.500.314	10.276.707	776.393	8%
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	4.453.770	5.402.552	948.782	21%
BA1601	B.2.B.1.3.A) Mensa dipendenti	2.737.089	3.638.969	901.880	33%
BA1602	B.2.B.1.3.B) Mensa degenti	1.716.681	1.763.583	46.902	3%
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	874.810	606.200	- 268.610	-31%
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	1.985.619	1.756.869	- 228.751	-12%
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	1.288.951	1.076.379	- 212.572	-16%
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	1.054.448	928.690	- 125.758	-12%
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	918.755	551.215	- 367.540	-40%
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	4.395.070	4.731.259	336.189	8%
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	265.769	312.160	46.391	17%
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	1.827.248	1.729.309	- 97.939	-5%
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	12.471.232	14.304.304	1.833.072	15%
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.066.735	746.948	- 319.787	-30%
BA1880	B.2.B.3) Formazione (externalizzata e non)	356.263	239.731	- 116.532	-33%

Tab. 29 : Acquisto di servizi non sanitari

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato)	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA2060	Totale Costo del personale	237.506.465	220.101.810	- 9.484.647	-4%
BA2060	B.5) Personale del ruolo sanitario	104.548.732	101.741.483	- 2.807.248	-3%
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	1.678.001	1.589.209	- 88.794	-5%
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	21.907.258	18.814.941	- 3.092.317	-14%
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	19.452.475	15.956.187	- 3.496.288	-18%
YA0010	Y.1) IRAP	18.274.636	18.498.139	223.503	1%

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato)	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	77.289.890	77.522.589	232.699	0%
BA0420	B.2.A.1.1) - da convenzione	76.639.753	76.872.452	232.699	0%
BA0430	B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	51.868.024	52.110.132	242.108	0%
BA0440	B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	12.914.612	12.810.916	- 103.696	-1%
BA0450	B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale	11.780.304	11.881.665	101.361	1%
BA0460	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici IIS ecc)	126.812	68.738	- 57.074	-45%
BA0470	B.2.A.1.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	108.180	108.180	-	0%
BA0480	B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale	461.957	461.957	-	0%

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato)	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	99.580.051	101.906.479	2.318.428	2%
BA0500	B.2.A.2.1) - da convenzione	95.211.260	95.529.689	2.318.428	2%

Tab. 30 e 31 Costi del personale e acquisto di servizi sanitari

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato)	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0510	B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	5.123.935	5.123.935	-	0%
BA0520	B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	1.252.856	1.252.856	-	0%
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	50.208.337	49.447.143	- 761.194	-2%
BA0970	B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	34.314.456	34.314.456	-	0%
BA0990	B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	5.080.528	5.080.528	-	0%
BA1000	B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)	10.813.353	9.252.159	- 761.194	-6%

CODICE	VOCE MODELLO CE	Bilancio 09/2024 (Trimestralizzato)	Bilancio 2025 (III Trim.)	Δ 09/25 vs 09/24 (€)	Δ 09/25 vs 09/24 (%)
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	123.868.684	124.020.490	151.806	0%
BA0540	B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	27.185.849	27.185.849	-	0%
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	13.129.163	13.129.163	-	0%
BA0570	B.2.A.3.7) - da privato - Medici SUMAI	16.828.236	17.217.348	389.112	2%
BA0580	B.2.A.3.8) - da privato	64.953.622	64.716.768	- 236.854	0%
BA0620	B.2.A.3.8.G) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	64.953.622	64.716.768	- 236.854	0%
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	35.602.278	36.428.031	825.753	2%
BA0650	B.2.A.4.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	5.684.045	5.684.045	-	0%
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	260.200	-	260.200	-100%
BA0670	B.2.A.4.3) - da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione	40.466	28.017	- 12.449	-31%
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	29.181.000	30.402.450	1.221.450	4%
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	436.539	313.519	- 123.041	-28%
BA0900	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	316.530.743	316.049.614	- 481.128	0%
BA0810	B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	132.342.412	132.342.412	-	0%
BA0820	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0%
BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	45.921.884	45.921.884	-	0%
BA0840	B.2.A.7.4) - da privato	130.257.729	129.776.601	- 481.128	0%
BA0890	B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	8.008.718	8.008.718	-	0%

In coerenza con le indicazioni dell'ANAC, la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza sono considerate fattori abilitanti e trasversali alla generazione del Valore Pubblico, in quanto strumenti essenziali per garantire l'imparzialità, l'efficienza e la fiducia della comunità nell'azione dell'Azienda, nonché per ridurre il rischio di erosione del valore generato a causa di fenomeni di cattiva amministrazione.

2.4 Principali obiettivi di valore pubblico attesi

Per il triennio 2026–2028, l'ASL Caserta orienta la propria azione strategica alla **creazione di Valore Pubblico**, perseguendo il miglioramento dell'**accessibilità** e dell'**equità** dei servizi sanitari e socio-sanitari, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più fragili, nonché il **rafforzamento dell'assistenza territoriale** e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In tale prospettiva, assumono rilievo centrale la **qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni**, il **consolidamento della sostenibilità economico-finanziaria**, l'**efficienza gestionale**, lo **sviluppo delle competenze del personale** e il **benessere organizzativo**, unitamente al rafforzamento della **trasparenza, dell'integrità e della partecipazione degli stakeholder**.

Gli obiettivi strategici di Valore Pubblico orientano in modo unitario la programmazione del PIAO e sono perseguiti attraverso un insieme coordinato di politiche e interventi finalizzati a rendere l'azione amministrativa più semplice, accessibile, orientata all'utente e sostenibile, anche mediante il progressivo ripensamento dei modelli organizzativi e dei processi interni.

La definizione degli obiettivi strategici tiene conto degli indirizzi nazionali e regionali, con particolare riferimento al **Nuovo Sistema di Garanzia**, alla **Griglia LEA** e agli **indicatori di esito nazionali e regionali (PNE)**, quali strumenti di valutazione della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi erogati e di misurazione degli impatti generati in termini di Valore Pubblico.

Nell'ambito della creazione del valore pubblico a favore della collettività si sottolineano, in particolare, le azioni aziendali di cui sotto :

- Azioni Positive per promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo;
- Tematiche ESG (Environmental, Social, Governance) - sostenibilità in Azienda Sanitaria;
- Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico;
- Accessibilità digitale;
- Ottimizzazione delle dotazioni strumentali;
- Procedure e processi da re-ingegnerizzare;
- Governo liste di attesa.

Ulteriori direttrici di intervento riguardano il **rafforzamento del governo clinico**, attraverso l'implementazione dei **Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA)** e dei percorsi personalizzati, la valorizzazione delle **reti assistenziali**, in particolare per la gestione delle patologie croniche e per l'integrazione tra territorio e ospedale, nonché lo sviluppo di forme strutturate di **collaborazione pubblico-privato**.

La **prevenzione** e la **sorveglianza epidemiologica** completano il quadro strategico aziendale, mediante azioni mirate fondate sull'analisi dei rischi, sulla caratterizzazione dei fattori ambientali e sull'utilizzo di indicatori e metodologie validate, contribuendo al miglioramento dello stato di salute della popolazione e al perseguimento di un modello di assistenza più **equo, efficiente e sostenibile**.

Per gli ulteriori obiettivi strategici e operativi si rinvia alla Sezione Performance del PIAO, il cui complesso concorre complessivamente all'incremento del benessere economico, sociale, assistenziale e ambientale della comunità di riferimento e del tessuto produttivo.

I valori che caratterizzano l'operato dell'azienda sono (Tab. 32):

Tutela della salute
One Health
Centralità della persona
Umanizzazione dell'assistenza
Coinvolgimento e partecipazione dei cittadini
Innovazione e ricerca
Formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale
Trasparenza
Riservatezza
Buona amministrazione

2.5 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** rappresenta uno degli assi strategici fondamentali attraverso cui l'ASL Caserta concorre alla creazione e al rafforzamento del **Valore Pubblico**, in coerenza con gli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

In data 30 aprile 2021, l'Italia ha presentato alla Commissione Europea il PNRR, articolato in sei Missioni, tra le quali la **Missione 6 "Salute"**, di diretto interesse per il Servizio Sanitario Nazionale. Il Piano è stato definitivamente approvato il 13 luglio 2021 con decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea. Con il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, è stato inoltre approvato il Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC), finalizzato a sostenere il conseguimento degli obiettivi del PNRR.

Il PNRR è concepito come programma performance-based, fondato sul conseguimento di milestone e target (M&T) entro tempistiche definite e inderogabili, quale condizione per l'erogazione delle risorse. In tale quadro, la **Missione 6 "Salute"** mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale, migliorandone l'efficacia nella risposta ai bisogni di salute della popolazione, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

La Missione 6 si articola nelle seguenti Componenti:

- **Componente 1** – *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;*
- **Componente 2** – *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.*

Per l'attuazione degli investimenti a regia regionale è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Campania il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), avente ad oggetto la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6, Componenti 1 e 2.

Con D.G.R. 6 aprile 2022, n. 177, la Regione Campania ha acquisito le risorse PNRR e PNC assegnate dal Ministero della Salute e destinate alla realizzazione degli interventi riferiti alla Missione 6 – Componente 1, con particolare riferimento alle seguenti linee di intervento:

- **Case della Comunità (CdC);**
- **Centrali Operative Territoriali (COT);**
- **Ospedali della Comunità (OdC).**

Le Case della Comunità costituiscono il principale punto di accesso fisico e di prossimità al sistema di assistenza sanitaria, garantendo accoglienza, orientamento e presa in carico dell'assistito. Le Centrali Operative Territoriali svolgono funzioni di coordinamento e raccordo tra i servizi territoriali, ospedalieri, sociosanitari e domiciliari, facilitando la continuità assistenziale e l'integrazione dei percorsi di cura. Gli Ospedali della Comunità rappresentano strutture intermedie tra domicilio e ospedale, finalizzate a evitare ricoveri impropri e a favorire dimissioni protette, con prestazioni a media e bassa intensità assistenziale.

Con D.G.R. 24 maggio 2022, n. 249, la Regione Campania ha approvato il Piano Operativo Regionale definitivo, delegando alle Aziende Sanitarie del SSR, tra cui l'ASL Caserta, le competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi, ferma restando la competenza regionale in materia di regia, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione.

In data 30 maggio 2022 è stato sottoscritto il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) tra il Ministero della Salute e la Regione Campania. Successivamente, con accordo sottoscritto il 6 settembre 2023, sono state formalizzate le competenze attribuite all'ASL Caserta quale soggetto attuatore di parte degli interventi, ai sensi dell'art. 9 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77, convertito dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.

Nel quadro del PIAO 2026–2028, gli interventi PNRR affidati all'ASL Caserta rappresentano una leva strategica di creazione di Valore Pubblico, in quanto orientati a:

- migliorare l'accessibilità e la prossimità dei servizi sanitari;
- rafforzare l'assistenza territoriale e la continuità delle cure;
- ridurre le disuguaglianze di accesso;
- incrementare l'efficienza organizzativa e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza;
- sostenere la sostenibilità del sistema sanitario nel medio-lungo periodo.

Per esigenze di sintesi, nel prosieguo del documento sono riportati gli interventi PNRR già avviati o da avviare, con i relativi importi stimati, come risultanti dai Quadri Economici dei Progetti di Fattibilità Tecnica ed Economica, approvati nell'aprile 2023 con specifiche deliberazioni del Direttore Generale.

Tab.33

Tipologia	Comune	Importo
Case di Comunità (CdC)	<i>Marcianise</i>	<i>1.307.857,95 €</i>
	<i>Santa Maria Capua Vetere</i>	<i>1.822.765,69 €</i>
	<i>Piedimonte Matese</i>	<i>1.804.869,00 €</i>

	<i>San Felice a Cancellò</i>	1.640.790,00 €
	<i>Cervino</i>	1.489.063,94 €
	<i>Mondragone</i>	1.825.661,88 €
	<i>San Marcellino</i>	1.296.887,42 €
	<i>Caserta</i>	1.813.984,50 €
	<i>Roccaromana</i>	996.894,81 €
	<i>Aversa</i>	1.411.615,00 €
	<i>Grazzanise</i>	1.824.744,32 €
	<i>Caiazzo</i>	1.360.913,35 €
	<i>Cellole</i>	1.238.676,62 €
	<i>Sant'arpino</i>	1.167.018,84 €
	<i>Fontegreca</i>	749.535,58 €
	<i>Castel Volturno</i>	1.356.153,01 €
	<i>Mignano Monte Lungo</i>	712.633,41 €
	<i>Roccamonfina</i>	1.190.938,23 €
	<i>San Tammaro</i>	1.291.362,50 €
	<i>Carinara</i>	1.293.632,62 €
	<i>Maddaloni</i>	2.226.762,72 €
	<i>Cancellò ed Arnone</i>	1.750.232,80 €
	<i>Casagiove</i>	2.454.505,07 €
	<i>Capua</i>	574.440,24 €
	<i>Parete</i>	1.106.518,70 €
	<i>Santa Maria a Vico</i>	1.239.811,58 €
	<i>Vairano Patenora</i>	1.966.363,50 €
	<i>San Cipriano Di Aversa</i>	988.714,91 €
	<i>Frignano</i>	516.914,38 €
	<i>Aversa</i>	1.081.986,83 €
Centrali Operative Territoriali (COT)	<i>Aversa</i>	228.869,84 €
	<i>Roccaromana</i>	134.967,46 €
	<i>Marcianise</i>	206.040,46 €
	<i>San Felice aCancellò</i>	179.859,70 €
	<i>Mondragone</i>	147.785,41 €
	<i>San Cipriano di Aversa</i>	168.530,40

	<i>Aversa</i>	<i>175.149,70 €</i>
	<i>Caiazzo</i>	<i>166.207,71 €</i>
	<i>Roccamonfina</i>	<i>141.841,66 €</i>
	<i>Capua</i>	<i>160.665,72 €</i>
	<i>Caserta</i>	<i>137.644,56 €</i>
Ospedale di Comunità (ODC)	<i>Marcianise</i>	<i>2.141.524,50 €</i>
	<i>Santa Maria Capua Vetere</i>	<i>2.113.338,10 €</i>
	<i>Piedimonte Matese</i>	<i>2.508.115,00 €</i>
	<i>San Felice a Cancellò</i>	<i>2.334.650,00 €</i>
	<i>Mondragone</i>	<i>2.113.338,10 €</i>
	<i>San Marcellino</i>	<i>2.138.145,07 €</i>
	<i>Caserta</i>	<i>2.523.307,50 €</i>
	<i>Roccaromana</i>	<i>1.708.093,64 €</i>
Ospedale Sicuro	<i>Ospedale sicuro P.O. Maddaloni</i>	<i>7.400.000,00 €</i>
	Totale	68.330.323,93 €

Tab. 34: Interventi finanziati dal PNRR Asl Caserta

n. 8 Ospedali di Comunità (ODC)

n.11 COT

n. 30 Case di Comunità (CdC)

n.1 Ospedale Sicuro PO Maddaloni

Si riporta in sintesi alcune misure ed atti attuati nell'ambito del Programma Triennale e annuale delle Opere Finanziate dal PNRR.

- Delibera n. 695 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Aversa via S. Lucia;
- Delibera n. 696 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Caiazzo;
- Delibera n. 697 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Caserta;
- Delibera n. 698 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Aversa via Di Giacomo;
- Delibera n. 699 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Mondragone;
- Delibera n. 700 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Capua;
- Delibera n. 701 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT San Cipriano D'Aversa;
- Delibera n. 702 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT San Felice a Cancellò;
- Delibera n. 703 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Marcianise;
- Delibera n. 704 del 6/12/2022: approvazione PFTE COT Roccamonfina;
- Delibera n. 880 del 27/12/2022: approvazione documentazione e indizione gara Ospedale Sicuro;
- Delibera n. 872 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Caiazzo;
- Delibera n. 873 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Roccamonfina;
- Delibera n. 874 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT San Felice a Cancellò;
- Delibera n. 875 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT Aversa via S. Lucia;

- Mondragone; Delibera n. 876 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT
- Capua; Delibera n. 878 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT
- Caserta; Delibera n. 879 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT
- Cipriano D'Aversa; Delibera n. 880 del 27/12/2022: approvaz. Progetto esecuzione e indizione gara COT San
- Marcianise; Delibera n. 881 del 27/12/2022: approvazione Progetto esecuzione e indizione gara COT
- Delibera n. 900 del 30/12/2022: approvazione PFTE Cdc Caiazzo;
- La Maddalena; Delibera n. 901 del 30/12/2022: approvazione PFTE Cdc Monoblocco B Aversa – ex complesso
- Frignano; Delibera n. 902 del 30/12/2022: approvazione progetto esecutivo e indizione gara CDC
- Cipriano D'Aversa. Delibera n. 903 del 30/12/2022: approvazione progetto esecutivo e indizione gara CDC San

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'ex Presidio Ospedaliero di Marcianise -D.S. N. 16 – CIG 9647738D3F - 206.040,46€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso il Poliambulatorio in Via Degli Oleandri, 85 di Mondragone nel D.s. n. 23 – CIG 9647778E41 - 147.785,41€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'albergo per anziani in Via Fosse di San Felice a Cancellio -D.S. N. 13 – CIG 9642257232 - 179.859,7€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Poliambulatorio in Via Buonarroti,57 di San Cipriano di Aversa -D.S. N. 20 – CIG 96423449FB - 168.530,4€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Monoblocco B, Via Santa Lucia, 30 -D.S. N. 17 – CIG 9645487BAA - 175.149,7€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Struttura Comunale in Via S.P. 330 di Caiazzo -D.S. N. 15 – CIG 96480617CD - 166.207,71€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Immobile di Proprietà Comunale in Piazza N. Amore di Roccamonfina -D.S. N. 14 – CIG 9642290D6A - 141.841,66€

O PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una

Centrale Operativa Territoriale (COT) presso l'ex Presidio Ospedaliero Via F. Palasciano, 1 -D.S. N. 22 – CIG 9648089EE6 - 160.665,72€

o PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) presso Centrale 118 in Via Collecini Caserta -D.S. N. 12 – CIG 9656808A0D - 137.644,56€

o PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE- Lavori di realizzazione di una Casa di Comunità' (CDC) presso il Poliambulatorio sito in via Ferdinando Tessitore in Frignano – D. S. N. 19 – CIG 96475577E3 - 516.914,38€

o PNRR - ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - Lavori di realizzazione di una Casa di Comunità (CdC) presso il Poliambulatorio di San Cipriano di Aversa in Via Michelangelo Buonarroti - D.S. n. 20 – CIG 9647506DCB - 988.714,91€

o PNRR M6 C1 I 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona – Appalto di Progettazione ed esecuzione dei lavori di realizzazione di una Casa di Comunità in Aversa Monoblocco B – Ex complesso La Maddalena – CIG 9647411F65 - 1.081.986,83 €

o Procedura aperta per l'affidamento dell'appalto di progettazione ed esecuzione dei lavori di adeguamento/miglioramento sismico del PO di Maddaloni – CIG 957065525B - 5.331.043,36 €

Ed inoltre

Art. 20 L. n. 67/88 – procedura aperta per l'appalto di progettazione ed esecuzione dei Lavori di Ulteriore completamento, messa a norma e adeguamento complessivo del PO di Marcianise – CIG 97222026E4- Euro 24.079.924,88

Procedura aperta per l'appalto di servizi di prevenzione della legionella mediante pulizia e sanificazione degli impianti aeraulici e trattamento dell'acqua sanitaria calda ad uso dei Presidi Ospedalieri dell'ASL Caserta – CIG 9594631BF7- Euro 3.205.451,63

Procedura aperta per l'affidamento di “Lavori di adeguamento e rilocalizzazione della cabina elettrica a servizio del PO di Piedimonte Matese” – CIG 9499998E57 -Euro 1-495.461,83

Art. 20 L. 67/88 III fase II Stralcio

• Completamento lavori di messa a norma adeguamento complessivo ed ampliamento del P.O. di Marcianise;

1. Delibera n. 243 del 21/02/2022 – Approvazione Progetto Definitivo;
2. Delibera n. 485 del 17/03/2023 – Approvazione atti e indizione gara;

• Lavori di realizzazione del nuovo Ospedale di Sessa Aurunca;

- 1 Delibera n. 125 del 02/02/2023 – Aggiudicazione verifica preventiva della progettazione definitiva ai sensi dell'ex art. 26 del D.Lgs. 50/2016;
- 2 14/03/2023 – Contratto per verifica preventiva Repertorio n. 489.
- 3 Delibera n. 1207 del 11/07/2023 – Conclusione positiva della conferenza dei servizi decisoria per l'approvazione del progetto definitivo;
- 4 Delibera n. 1673 del 29/09/2023 – Approvazione del progetto definitivo;
- 5 Delibera 1265 del 21/07/2023 – Presa atto dell'iter espropriativo posto in essere ai fini della realizzazione del nuovo P.O.

Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio

- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa;

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa con approvazione di n. 3 sal nel 2022 e di n. 5 SAL nel 2023;

- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni;

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni con approvazione di n. 3 SAL nel 2023

- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. San Felice a Cancellò;

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di SFLC con approvazione di n. 1 SAL nel 2022 e di n. 2 SAL nel 2023;

- Lavori di ristrutturazione dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini;

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori relativi alla messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini con approvazione di n. 1 SAL nel 2023

- Hospice di San Felice a Cancellò.

Ad Ottobre 2022 è stata avviata l'attività Sanitaria per n. 10 posti letto.

Residui Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio

- Lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese;

Nel periodo considerato si è dato corso ai lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese con approvazione di n. 2 sal nel 2022 e di n. 1 SAL nel 2023.

Art. 20 L. 67/88 IV fase

- Lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Capua Vetere et Nova;

Nel 2022 è stato avviato l'iter Tecnico-Amministrativo per l'individuazione dell'area di realizzazione dell'intervento.

Nel 2023 sono stati chiusi i tavoli tecnici con il Demanio, la Regione Campania ed il Ministero della Difesa per l'individuazione delle aree di intervento da parte degli Enti Locali coinvolti.

- Lavori di realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica nell'area del P.O. di Aversa.

Nel corso del 2022 è stato avviato l'iter Tecnico-Amministrativo per l'affidamento del servizio di progettazione di Fattibilità Tecnico Economica rafforzata.

Ulteriori interventi e progettualità del 2024

Art. 20 L. 67/88 III fase II Stralcio:

- Completamento lavori di messa a norma adeguamento complessivo ed ampliamento del P.O. di Marcianise;

Procedura aggiudicata. – Importo € 31.000.000,00 – Progetto esecutivo in corso di redazione;

- Lavori di realizzazione del nuovo Ospedale di Sessa Aurunca;

Procedura di gara per appalto integrato. – Importo € 110.985.840,32 – Procedura in corso di espletamento;

- Lavori di messa a norma e adeguamento di una parte del complesso denominato "LA MADDALENA" di Aversa da destinare a "CITTADELLA DELLA SALUTE" per attività rivolte a soggetti affetti da disturbi della personalità e da dipendenze;
Procedura di gara per appalto integrato. – Importo € 10.000.000,00 - Procedura in corso di espletamento;

Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio:

- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Aversa;
Lavori in Corso – Importo € 4.408.250,48
- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. di Maddaloni;
Lavori in Corso – Importo € 2.800.000,00
- Lavori di messa a norma strutturale, funzionale ed impiantistico del P.O. San Felice a Cancellò;
Lavori in Corso – Importo € 2.013.380,56
- Lavori di ristrutturazione dell'ex P.O. Palasciano di Capua per riconversione in Ospedale di Comunità di n. 20 posti letto e ristrutturazione della Diagnostica per immagini;
Lavori in Corso – Importo € 2.173.072,52

Residui Art. 20 L. 67/88 III fase I Stralcio:

- Lavori di completamento degli interventi di efficientamento energetico del P.O. di Piedimonte Matese;
Lavori in corso – Importo € 2.767.693,33

Art. 20 L. 67/88 IV fase:

- Lavori di realizzazione del nuovo ospedale di Capua Vetere et Nova;
Approvazione del Documento di Indirizzo alla progettazione in corso – Importo € 92.000.000,00
- Lavori di realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica nell'area del P.O. di Aversa.
Progetto di Fattibilità Tecnica ed economica approvato – Importo € 42.000.000,00

DELIBERA CIPE:

- Lavori di realizzazione di una struttura di riabilitazione psichiatrica polivalente residenziale e semiresidenziale nel comune di Francolise;
Lavori in corso – Importo € 3.955.433,60
- Lavori di adeguamento alla normativa antincendio III e IV Fase del P.O. di Piedimonte Matese;
Lavori in corso – Importo € 2.360.448,89

Fondi ASL:

- Lavori di adeguamento e rilocalizzazione della Cabina Elettrica a servizio del P.O. di Piedimonte Matese
In corso di progettazione – Importo € 2.000.000,00
- Analisi di Vulnerabilità Sismica ai sensi dell'OPCM 32/74 DEL 20/03/2003 E delle NTC 2018
Servizio in corso di ultimazione – Importo € 1.465.272,65
- Realizzazione seconda sala emodinamica nel P.O. di Aversa
Lavori ultimati – Importo € 2.832.869,22
- Realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso con Ampliamento del P.O. di Maddaloni;

In Corso – Importo € 3.000.000,00

- Realizzazione di un'elisuperficie a servizio del P.O. di Piedimonte Matese;
In Corso di progettazione

DGRC 378/2020:

- Lavori di realizzazione dei Percorsi differenziati dei PP.OO. di Aversa, Sessa Aurunca, Piedimonte Matese, Marcianise – Importo € 1.016.263,70
- Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Marcianise – Importo € 1.494.437,99
- Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Santa Maria Capua Vetere – Importo € 1.192.962,24
- Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Piedimonte Matese – Importo € 2.231.430,47
- Adeguamento della Terapia Intensiva presso il P.O. di Maddaloni – Importo € 1.424.675,24
- Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Aversa – Importo € 2.116.492,92
- Adeguamento della Terapia Intensiva e Sub Intensiva presso il P.O. di Maddaloni – Importo € 1.581.644,72

Lavori in fase di consegna all'impresa aggiudicataria del Lotto bandito dalla presidenza del Consiglio Dei Ministri

PNRR:

- Lavori di realizzazione di n. 11 Centrali Operative territoriali
Di cui n. 9 COT ultimate al 30.09.2024:
 - Marcianise € 206 040,46;
 - San Felice A Cancelli € 179 859,70;
 - Mondragone € 147 785,41;
 - San Cipriano Di Aversa € 168 530,40;
 - Aversa € 175 149,70; Caiazzo € 166 207,71;
 - Roccamonfina € 141 841,66;
 - Capua € 160 665,72;
 - Caserta € 137 644,56.

n. 2 COT ultimate al 31.12.2024 in seguito alla rimodulazione da parte del nucleo tecnico del Ministero:

- Teverola;
- Santa Maria Capua Vetere.
- Lavori di realizzazione di n. 8 Ospedali di comunità
in corso di approvazione progetto esecutivo:
 - Piedimonte Matese 2 836 646,90 €;
 - Marcianise 2 141 524,50 €;
 - Caserta 2 523 307,50 €;
 - San Marcellino 2 138 145,07 €;

- Mondragone 2 113 338,10 €;
- S.M.C.V. 2 113 338,10 €;
- San Felice A C. 3 410 397,25 €;
- Roccaromana 2 480 825,65 €
- Lavori di realizzazione di n. 30 Case di Comunità
Di cui n. 3 CDC lavori in corso:
 - San Cipriano Di Aversa € 988 714,91;
 - Frignano € 516 914,38;
 - Aversa € 1 081 986,83.
 Di cui n. 27 CDC in corso di approvazione progetto esecutivo:
 - Piedimonte Matese 2 017 493,33 €;
 - Cancellio Ed Arnone 1 750 232,80 €;
 - San Tammaro 1 291 362,50 €;
 - Marcianise 1 307 857,95 €;
 - Caserta 1 813 984,50 €;
 - San Marcellino 1 296 887,42 €;
 - Grazzanise 1 824 744,32 €;
 - Carinaro 1 293 632,62 €;
 - Mondragone 1 825 661,88 €;
 - S.M.C.V. 1 822 765,69 €;
 - Maddaloni 2 226 762,72 €;
 - Vairano P. 1 966 363,50 €;
 - S.M. A Vico 1 921 357,38 €;
 - Sant'Arpino 1 772 111,26 €;
 - Fontegreca 1 168 113,55 €;
 - Caiazzo 2 182 447,92 €;
 - Casagiove 3 636 041,31 €;
 - Parete 1 607 375,80 €;
 - San Felice A C. 2 395 703,20 €;
 - Cervino 2 138 643,74 €;
 - Aversa 2 241 244,00 €;
 - Castel Volturno 2 236 063,58 €;
 - Roccaromana 1 574 651,72 €;
 - Cellole 1 879 742,12 €;
 - Roccamonfina 1 964 112,84 €;
 - Mignano Monte Lungo 1 193 012,91 €;
 - Capua 857 002,37 €.
- Lavori di adeguamento strutturale dell'ospedale di Maddaloni;
Lavori in corso - Maddaloni € 7.400.000,00

2.6 Accessibilità, reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione

In coerenza con gli obiettivi di Valore Pubblico e con le linee di intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'ASL Caserta individua nell'accessibilità, nella reingegnerizzazione dei processi e nella digitalizzazione leve strategiche fondamentali per migliorare la qualità dei servizi, semplificare i rapporti con i cittadini e rafforzare l'efficienza e la trasparenza dell'azione amministrativa.

A tal fine, l'Azienda prevede la realizzazione di una serie di interventi integrati. In particolare, sono attualmente in atto:

- la **transizione digitale dell'ASL Caserta nei Presidi Ospedalieri**, in attuazione degli interventi previsti dalla **Missione 6 "Salute" del PNRR**, con l'obiettivo di modernizzare i processi clinico-assistenziali e organizzativi e favorire l'interoperabilità dei sistemi informativi;
- l'adozione di **misure di facilitazione per l'accesso diretto ai servizi**, in particolare per le attività di prevenzione, la scelta e revoca del medico, il rilascio della documentazione sanitaria e l'utilizzo del **Fascicolo Sanitario Elettronico**, al fine di ridurre gli oneri amministrativi e migliorare l'esperienza del cittadino;
- la **digitalizzazione dei processi di programmazione e controllo**, con riferimento al controllo di gestione, al ciclo di budget, alla definizione degli obiettivi e alla misurazione della performance, in un'ottica di integrazione, tracciabilità e supporto alle decisioni strategiche.
- il **restyling del sito istituzionale aziendale**, finalizzato a migliorare l'accessibilità, la chiarezza e la completezza delle informazioni, facilitando la conoscenza della struttura organizzativa, delle prestazioni erogate, dei presidi e dei centri di offerta, nonché l'orientamento dell'utenza attraverso sezioni dedicate al "come fare per" e ai servizi "dedicati a" specifiche categorie di utenti; in tale ambito è assicurata la pubblicazione e l'aggiornamento della **Carta dei Servizi**, quale strumento essenziale di informazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini.

2.6.1 La transizione digitale dell'ASL Caserta - Progetti PNRR

L'Asl di Caserta, individua tra gli obiettivi strategici da perseguire, oggetto anche di valutazione della performance, la transizione digitale. Il PNRR, infatti, fa della Transizione Digitale uno dei tre fondamentali assi strategici, dedicando ad essa importanti investimenti in diverse delle 6 Missioni del piano stesso.

Il piano aziendale si pone, come obiettivo primario, la semplificazione e l'accelerazione della digitalizzazione, mettendo a sistema numerose iniziative e progettualità facendo in modo che le competenze digitali siano sempre più patrimonio di tutti i dipendenti dell'azienda.

L'Azienda sta attuando la migrazione dei servizi critici verso il PSN (Misura 1.2 PNRR) per innalzare i livelli di sicurezza e riservatezza dei dati.

- Soluzioni Cloud Microsoft: L'adozione del cloud Azure permette di ottimizzare le risorse e delegare la gestione hardware al fornitore, mantenendo infrastrutture ad alta affidabilità.
- Cloud Assessment: La migrazione è preceduta da un'analisi tecnica degli ambienti attuali per minimizzare gli impatti sull'erogazione dei servizi (workload di produzione).

L'obiettivo è garantire la continuità operativa a fronte di guasti, attacchi informatici o calamità, preservando sia i processi che la reputazione aziendale.

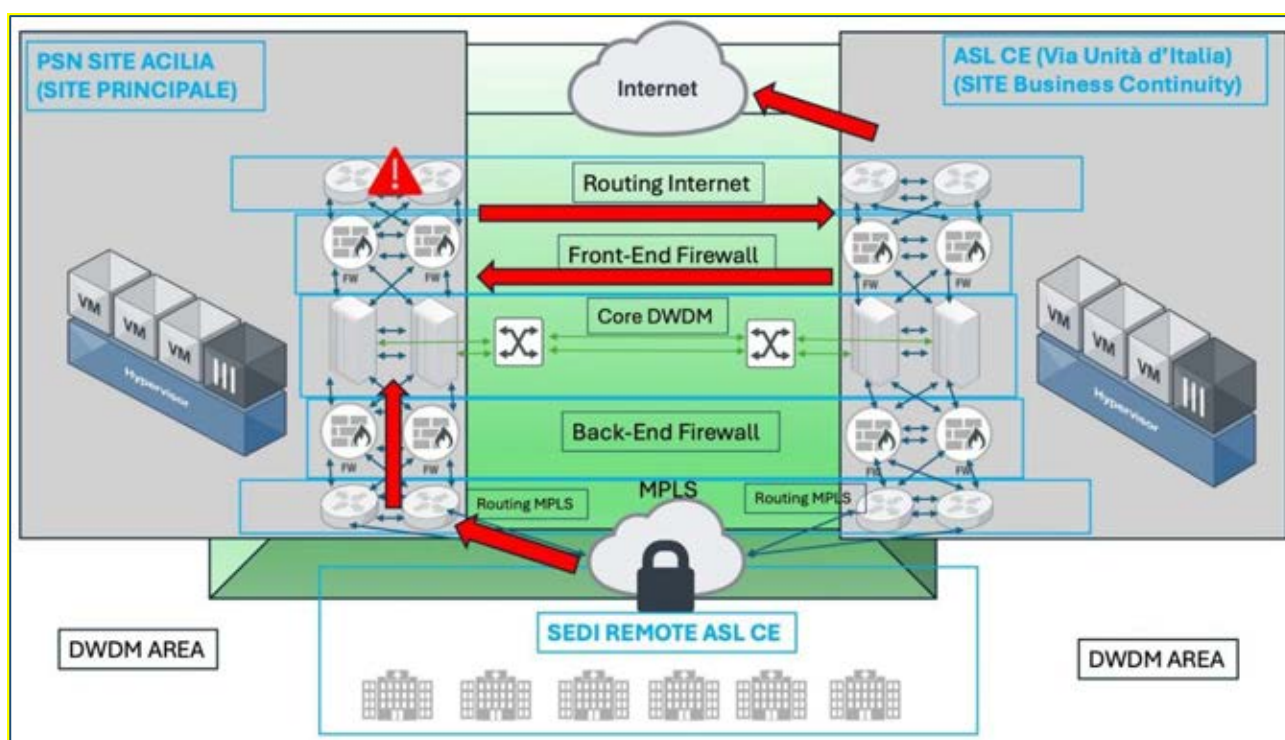
- Disaster Recovery (DR): Implementato su Azure, permette il ripristino rapido dei sistemi grazie alla distribuzione geografica dei servizi in aree isolate ma a bassa latenza.

- Standard ISO 22301:2019: Il sistema di gestione segue gli standard internazionali per identificare minacce, ridurre rischi e rispondere efficacemente alle emergenze.

Per massimizzare la resilienza, è stata adottata la tecnologia DWDM, che crea un unico datacenter logico distribuito su due siti fisici (Acilia e Caserta). Questa configurazione supera la normale "High Availability" a singolo sito, garantendo la continuità anche in caso di:

- Interruzione della connettività (Internet o MPLS) nel sito principale.
- Guasti alle infrastrutture Firewall (Front-end e Back-end).
- Caduta completa dei sistemi di virtualizzazione del sito primario.

Fig.26: Scenario failover router di internet



Con riferimento all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero dell'ASL Caserta, sono stati identificati come destinatari degli interventi i DEA di I° livello del Presidio Ospedaliero di Aversa (San Giuseppe Moscati), Presidio Ospedaliero di Marcianise (Dr.ssa Anastasia Guerriero) e Presidio Ospedaliero di San Rocco Sessa Aurunca. Il progetto prevede:

- L'informatizzazione dell'area clinico-sanitaria, la dematerializzazione della documentazione e l'accessibilità alle informazioni ed ai servizi da qualsiasi punto di accesso alle rete, sono condizioni necessarie per garantire efficienza del servizio sanitario ai cittadini, in particolare attraverso una maggiore digitalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, finalizzata ad abilitare lo sviluppo di servizi evoluti ad alto valore aggiunto per il cittadino (utente del servizio) e per il SSR/SSN;
- In coerenza con gli obiettivi che la PA (centrale e locale) intende perseguire, sono state identificate negli ultimi anni azioni di supporto alla digitalizzazione delle documentazione clinica, all'evoluzione funzionale della piattaforma di sanità elettronica per le quali in molte realtà regionali sono già stati predisposti i componenti tecnologici primari e alla base dei servizi

già oggi disponibili (quali: Ricetta dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico, Ritiro referti on line, pagamento ticket, cambio medico, etc.);

- L'obiettivo dell'intervento è quello di garantire alla struttura ospedaliera in questione di disporre di un centro di Dipartimenti di emergenza e accettazione – Livello I° e II° - con sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero aziendale.

Tab.35

Presidio Ospedaliero	Importo
Presidio Ospedaliero Aversa (S. Giuseppe Moscati)	4.007.719 €
Presidio Ospedaliero Marcianise (Dr.ssa Anastasia Guerriero)	4.007.719 €
Presidio Ospedaliero Sessa Aurunca (S. Rocco)	4.007.719 €
Totale	12.231.570 €

In ambito fondi PNRR – Missione 1 - Componente 1 – Misura 1.4.4 “Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di Identità Digitale – SPID CIE” è stato messo in opera un sistema di integrazione dei servizi aziendali con i provider di identificazione digitale. Il progetto ha consentito di migliorare l'accessibilità e la sicurezza dei servizi digitali offerti ai cittadini. Il portale Citizen offre la possibilità all'assistito di accedere dalla propria area personale a vari documenti e funzionalità: documenti sanitari; pratiche di recupero ticket; notifiche personalizzate; accesso mobile. Gli obiettivi raggiunti con l'implementazione di tale sistema sono: integrazione SPID e CIE; aumento della trasparenza; miglioramento dell'esperienza utente; accessibilità e usabilità.

Fig. 27-Portale dei servizi al cittadino

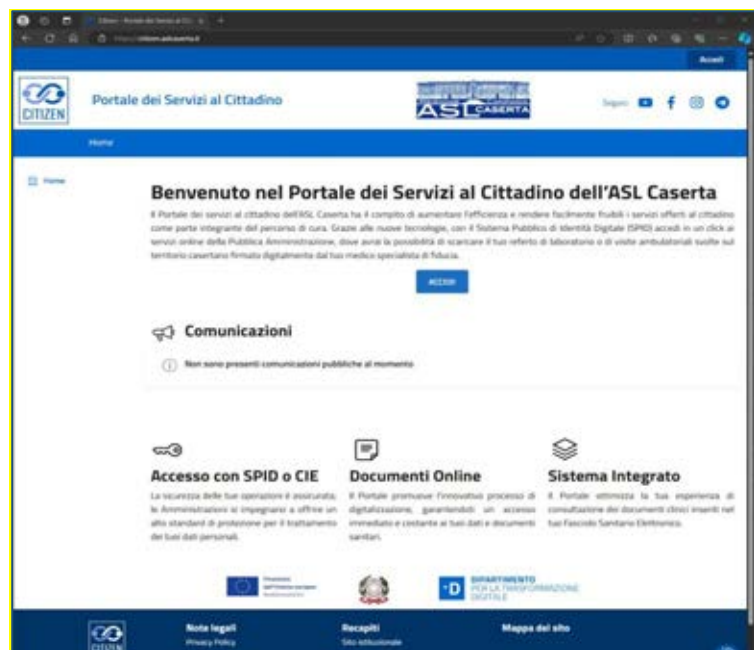
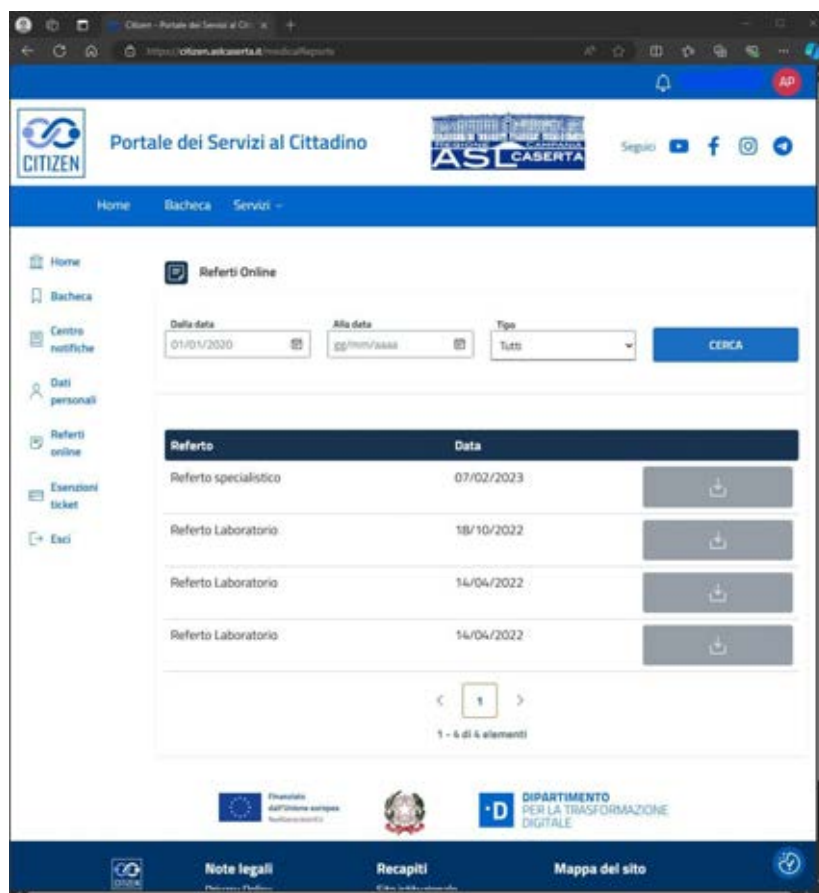


Fig.28 Portale Referti Online



2.6.2 La transizione digitale dell'ASL Caserta – Progetti POR-FESR Campania 2014-2020

Nell'ambito, invece, dei fondi POR-FESR Campania 2014-2020 sono stati sviluppati:

- un progetto per il potenziamento e l'estensione delle infrastrutture rete e della connettività Internet dell'Asl Caserta. In particolare, lo scopo del progetto è quello di agevolare il processo di umanizzazione delle cure e di digitalizzazione della cartella clinica ma, al contempo, potenziare l'erogazione dei servizi sanitari sia quelli attualmente in essere che quelli innovativi come telemedicina e monitoraggio remoto, migliorando drasticamente il livello di sicurezza di rete.
- un progetto per l'implementazione di una soluzione del flusso di lavoro diagnostico del servizio di Anatomia Patologica, nonché per la digitalizzazione e refertazione on-line dei vetrini. In particolare, attraverso questo progetto, l'azienda intende: migliorare la capacità di diagnosi di alta qualità; ridurre i tempi di refertazione; rendere più efficaci le collaborazioni tra diversi specialisti; migliorare la *governance* dei servizi offerti, migliorando i flussi informativi; ridurre i costi legati alla conservazione e movimentazione.
- un progetto per l'implementazione di una soluzione per la digitalizzazione del flusso di lavoro diagnostico del servizio di endoscopia digestiva. Gli obiettivi del progetto sono: dematerializzare i documenti per facilitare la condivisione e la fruibilità delle informazioni a tutti gli stakeholder, ovunque si trovino; facilitare lo scambio di informazioni tra le UU.OO. di Endoscopia Digestiva e tra discipline differenti; assicurare la massima sicurezza e riservatezza dei dati e, al tempo stesso, consentirne il più ampio utilizzo, per fini di cura del paziente e di progresso della ricerca;

promuovere una più efficace collaborazione fra tutti gli attori dell'ecosistema sanitario e modellare i servizi sanitari sulle esigenze dei cittadini/pazienti a supporto dei professionisti sanitari; migliorare la *governance* dei servizi offerti; migliorare la capacità di supportare le attività del personale sanitario coinvolto in termini di efficacia e di efficienza, a partire dall'accettazione dei pazienti; implementare i flussi di integrazione con il SIA e i sistemi regionali, incrementando il livello di sicurezza di tutti i processi; facilitare la semplice e immediata interpretazione dei referti, assicurandone l'omogeneità tra UU.OO.; sfruttare il processo di evoluzione del Sistema Informativo come leva di *change management*, facendolo coincidere con una ottimizzazione dei processi organizzativi interni. Tutto ciò consentirà di ottenere: la possibilità di migliorare la capacità di analisi dei dati.; l'aumentata sicurezza legata all'identificazione univoca di pazienti e delle sonde; la razionalizzazione e la riduzione dei costi; la riduzione del rischio, grazie alla completa tracciabilità di tutte le attività e dei parametri operativi delle sonde in uso; la possibilità di effettuare rapidamente statistiche cliniche e di produttività e di avere quindi una visione strategica di tutti i parametri di rilievo per la gestione ed il miglioramento del servizio; un'aumentata capacità di *governance*; completa automazione e tracciabilità dei processi; documentazione iconografica delle procedure e standardizzazione dei referti con terminologia specifica e condivisa (con una migliore capacità di rendicontazione e una migliore leggibilità dei risultati diagnostici); riduzione del *turn around time* (ottimizzazione dei tempi di effettuazione dell'esame e di "delivery" dei referti); miglioramento del Servizio al paziente in termini di efficienza e qualità della diagnosi; potenziamento degli ospedali periferici (possibilità di attivare sessioni di teleconsulto tramite A/V streaming in tempo reale).

2.6.3 La transizione digitale dell'ASL Caserta – Il Fascicolo Sanitario Elettronico

L'azienda ha, inoltre, da tempo informatizzato tutti i documenti afferenti il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

I vantaggi del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in termini di valore pubblico sono significativi e si riflettono in diversi ambiti:

- Miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura: accessibilità e completezza dei dati; coordinamento e continuità assistenziale; medicina personalizzata; maggiore consapevolezza del cittadino.
- Efficienza e risparmio per il sistema sanitario: riduzione degli sprechi (ripetizione esami/indagini diagnostiche); snellimento amministrativo; ottimizzazione delle risorse.
- Supporto alla Sanità Pubblica e alla Ricerca: sorveglianza e prevenzione; analisi dei dati; omogeneità dei servizi.

2.6.4 La transizione digitale dell'ASL Caserta – Progetti Aziendali

Altri progetti in materia di transizione digitale implementati dall'azienda:

- Piattaforma Interlego per l'integrazione tra Ospedale, Territorio e Medicina di Base: l'obiettivo è quello di implementare un sistema che realizzi, in maniera veloce e semplificata, una collaborazione tra azienda-medico-assistito tramite una forte integrazione tra le parti in causa. In particolare, verrà realizzato un sistema aziendale di archiviazione dei documenti sanitari e i consensi informati prodotti attraverso le strutture Aziendali che renderà disponibile, in modo semplice ed efficace, agli assistiti e ai medici specialisti e di base tutti i documenti necessari. In questo modo verranno ridotte tutte le criticità legate al recupero da parte degli assistiti di analisi pregresse necessari alla corretta diagnosi da parte dei medici specialisti. L'assistito, inoltre,

potrà gestire in maniera completamente autonoma tutti i consensi prestati all'azienda in modo da poterli recuperare e/o revocare in ogni momento. Tramite l'integrazione con un sistema di acquisizione di dati biometrici (come tavolette grafometrica) sarà infatti possibile digitalizzare tutta la documentazione firmata dagli assistiti tramite appositi totem o sportelli informativi dedicati situati nei centri diagnostici interni all'azienda. Questo progetto mira a promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente, fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione. Gli obiettivi includono l'eliminazione delle barriere di comunicazione, la fruibilità e la custodia dell'informazione, e la creazione di un percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio. Alla base della progettazione ci sono i seguenti principi fondamentali: la persona al centro dei processi per la salute; la continuità assistenziale tra ospedale e assistenza primaria; garantire un accesso equo ai servizi sanitari erogati, anche in riferimento ad una maggiore appropriatezza ed ai tempi di attesa; migliorare la qualità dell'informazione e condividerla nelle attività di diagnosi, di prevenzione, di cura e di riabilitazione; standardizzare le informazioni e il linguaggio nell'ambito della salute; e rispettare tutti i requisiti di sicurezza e privacy. Inoltre, il progetto prevede la raccolta e gestione delle informative e dei consensi da proporre agli assistiti, rendendo la comunicazione con il paziente semplice, chiara ed esaustiva. Sarà possibile proporre le stesse informative in formati diversi per comprendere, ad esempio, diverse lingue o testi ottimizzati per l'ascolto tramite strumenti *text-to-speech*.

- Piattaforma di Digital *Signage*: data la necessità dell'azienda di dotarsi di strumenti e sistemi informativi omogenei interaziendali volti a comunicare in tempo reale informazioni aggiornate per la corretta fruizione dei servizi offerti dall'ente, messaggi o informazioni e per mostrare all'utenza i tempi di attesa medi nelle strutture di Pronto Soccorso. È stata individuata una soluzione che permette di gestire in maniera remota e immediata tali strumenti in modo da controllare in modo capillare i monitor sia riguardo i contenuti che la corretta operatività degli stessi. Il Digital *Signage* è il sistema di comunicazione che permette di visualizzare qualsiasi contenuto multimediale (immagini, video, social, news, rss...) su monitor, trasformando ogni schermo in un potente strumento di comunicazione, segnalazione e anche di "marketing" interattivo perché cattura l'attenzione dell'utenza, già all'ingresso.
- Aggiornamento in Real-time Stato del Paziente in Pronto Soccorso: l'obiettivo è quello di implementare un servizio di messaggistica SMS che invii ad un recapito di un contatto familiare/*caregiver* l'aggiornamento sugli stati di avanzamento dell'accesso al Pronto Soccorso. Il recapito deve essere esplicitamente comunicato dal paziente in sede di Accettazione/Triage e verrà utilizzato solo per questo singolo episodio, verrà inoltre firmato uno specifico consenso informato dal paziente che autorizza la struttura sanitaria ad inviare aggiornamenti al familiare/*caregiver*. Nel messaggio non verrà mostrato alcun dato personale e sanitario che possa ricondurre all'identità del paziente in maniera esplicita mantenendo la riservatezza dell'informazione. Con questo sistema sarà possibile informare il familiare, nel rispetto delle vigenti normative in tema di privacy, per l'accettazione in Triage e Pronto Soccorso, eventuali cambi di stato d'urgenza e codice Triage, indagini o consulenze in corso, somministrazione terapie, dimissione e ricovero in Reparto o trasferimento. In questo modo il sistema fa sì che chi aspetta un paziente sia aggiornato in tempo reale sulla salute del proprio caro riducendone lo stress.
- Sanità Connessa 2.0: l'obiettivo è garantire la connettività per le strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, con velocità simmetriche di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps.

2.6.5 Digitalizzazione dei Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo "Data Analytics e Controllo di Gestione"

Il progetto “**Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo**” è finalizzato al potenziamento e all’integrazione dei sistemi informativi e degli applicativi a supporto dei processi clinico-assistenziali e dei processi di governo aziendale, attraverso un programma strutturato di iniziative orientate alla valorizzazione delle competenze e delle soluzioni tecnologiche già presenti in Azienda.

L’intervento mira a incrementare la tracciabilità, la trasparenza e l’affidabilità dei processi clinico-assistenziali, nonché a migliorare la qualità, la completezza e la tempestività del patrimonio informativo aziendale, ampliando progressivamente il perimetro delle informazioni disponibili e superando le attuali frammentazioni dei flussi informativi.

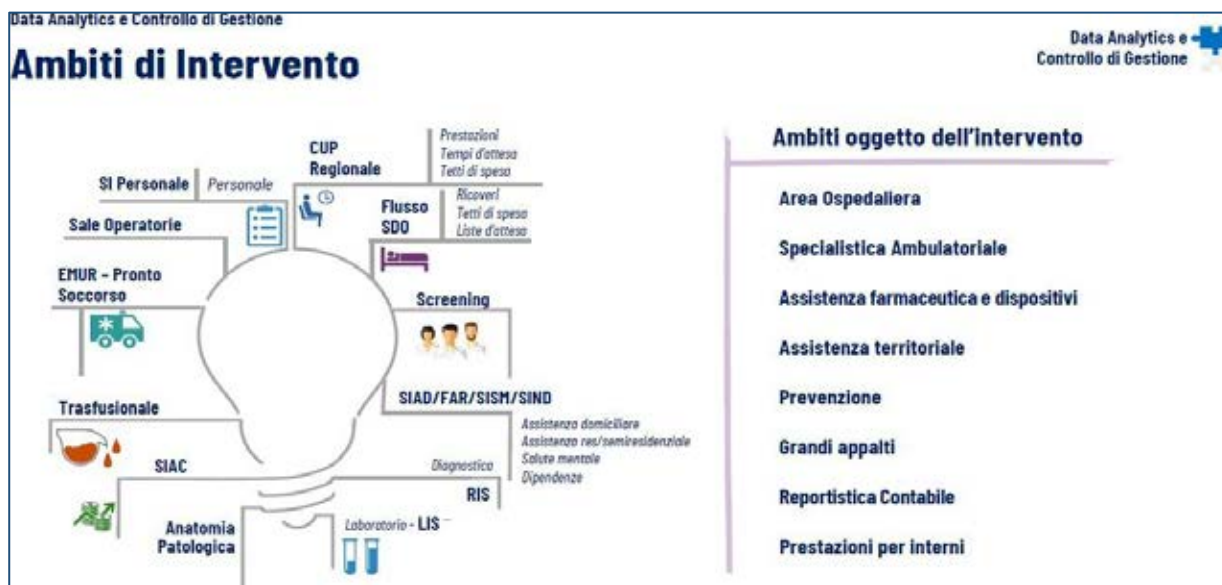
In tale prospettiva, il progetto prevede l’implementazione di nuove soluzioni applicative finalizzate all’automatizzazione dei processi di **raccolta, integrazione, analisi e controllo dei dati** che alimentano il sistema di controllo di gestione aziendale, assicurando coerenza e omogeneità informativa a supporto dei processi decisionali.

La Business Intelligence costituisce un elemento qualificante dell’intervento, configurandosi come un processo multidisciplinare in grado di trasformare i dati in informazioni strutturate e tempestive. Ciò consente agli organi di direzione e alle strutture apicali dell’Azienda di disporre di strumenti affidabili per il monitoraggio delle performance, la valutazione degli scostamenti rispetto agli obiettivi programmati e il supporto alla definizione delle strategie aziendali, in coerenza con gli obiettivi di Valore Pubblico e con il ciclo della performance previsto dal PIAO.

Fig. 29



Fig.30



Assesment dei processi di alimentazione dei flussi informativi sanitari

Al fine di garantire lo sviluppo operativo delle attività progettuali connesse al potenziamento dei sistemi informativi, l'ASL Caserta ha avviato un'articolata attività di **assesment dei processi di alimentazione dei flussi informativi sanitari**, propedeutica al miglioramento degli strumenti di monitoraggio dei processi clinico-assistenziali e di supporto alle decisioni strategiche.

Gli strumenti di monitoraggio e analisi dei processi clinico-assistenziali consentono di trasformare i dati in informazioni strutturate, a supporto delle attività di programmazione, controllo e definizione delle strategie aziendali. Presupposto essenziale per l'evoluzione di tali strumenti è la disponibilità di flussi informativi correttamente alimentati sotto il profilo qualitativo e quantitativo, basati su **anagrafiche standardizzate, responsabilità chiare e tempistiche omogenee**.

In tale contesto, è stata condotta un'attività sistematica di assesment delle fonti dati rilevanti per l'analisi delle performance clinico-assistenziali, finalizzata a individuare tempestivamente le principali criticità nei processi di acquisizione delle informazioni e a definire gli interventi correttivi necessari. L'attività ha previsto, in particolare:

- la **definizione dei processi in ambito clinico-assistenziale e delle fonti alimentanti**, con l'individuazione dei responsabili di processo da coinvolgere nelle fasi di analisi;
- l'**analisi dei processi "AS IS"**, mediante la rappresentazione dei flussi operativi, delle attività, dei ruoli, delle tempistiche e degli output prodotti;
- la valutazione del **livello di maturità dei processi**, nonché l'individuazione delle principali criticità e dei vincoli organizzativi e tecnologici;
- l'analisi degli **impatti delle criticità riscontrate** sui processi clinico-assistenziali e sui sistemi di monitoraggio.

Nella fase di progettazione del modello funzionale sono stati inoltre elaborati specifici diagnostici per valutare la qualità dei flussi di alimentazione, consentendo di individuare:

- dati qualitativamente e/o quantitativamente non adeguati, presenti nei sistemi sorgente ma incompleti o non aggiornati;

- dati assenti, ovvero ambiti informativi non coperti rispetto alle esigenze di analisi e monitoraggio aziendali.

Sulla base degli esiti dell'assessment, sono state definite in modo puntuale le **azioni di revisione e standardizzazione dei processi di alimentazione dei dati**, attraverso una rilettura approfondita delle singole fasi dei workflow operativi. La collaborazione attiva con i responsabili delle aree coinvolte ha rappresentato un elemento determinante per la gestione delle anomalie emerse e per il superamento delle criticità individuate, favorendo un approccio condiviso e orientato alla soluzione dei problemi.

L'attività svolta ha consentito di rafforzare l'**affidabilità, la completezza e la tempestività delle informazioni sanitarie**, migliorando in modo significativo la qualità dei flussi informativi a supporto della reportistica clinico-assistenziale, della misurazione delle performance sanitarie e della definizione delle strategie aziendali.

Definizione dei modelli di reporting clinico-assistenziale

La definizione dei **modelli di reporting clinico-assistenziale** è stata realizzata attraverso un percorso strutturato di analisi dei fabbisogni informativi aziendali, condotto mediante **interviste mirate ai responsabili delle aree coinvolte**, finalizzate a rilevare e standardizzare le esigenze conoscitive, a definire i processi di riferimento, a razionalizzare i contenuti informativi e a individuare le modalità più idonee di alimentazione dei dati.

L'intervento ha consentito di delineare un sistema di reporting omogeneo e integrato, in grado di supportare il monitoraggio delle attività clinico-assistenziali e la valutazione delle performance a diversi livelli organizzativi. Il perimetro di analisi comprende, in particolare, le seguenti dimensioni informative:

- **report di produttività aziendale;**
- **indicatori per la valutazione della performance** a livello di Azienda, Presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimento di Prevenzione;
- **assistenza ospedaliera**, con riferimento a ricoveri, attività di sala operatoria e indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- **reportistica amministrativa e farmaceutica**, relativa al personale dipendente e convenzionato e ai consumi;
- **assistenza territoriale**, comprendente specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, riabilitativa e integrativa, nonché indicatori core del NSG;
- **attività di Pronto Soccorso.**

La progettazione di uno **strumento informatico avanzato**, in grado di trattare grandi volumi di dati, sia strutturati sia non strutturati, provenienti da più sorgenti e archivi, consente di semplificare il processo di interpretazione delle informazioni e di supportare l'individuazione di strategie efficaci, fondate su evidenze empiriche e dati affidabili.

In tale contesto, la **Business Intelligence** si configura come un elemento centrale del sistema informativo aziendale, utilizzando rappresentazioni grafiche e tabellari per evidenziare trend, opportunità e criticità. Le informazioni sono rese disponibili attraverso diversi strumenti di visualizzazione e diffusione, quali **dashboard, widget e report automatici**, favorendo un accesso tempestivo e mirato ai dati.

I **report** costituiscono, pertanto, lo strumento cardine della Business Intelligence, in quanto permettono l'aggregazione, l'analisi e la distribuzione delle informazioni a tutti gli interlocutori dell'Azienda, sia

interni sia esterni, supportando in modo sistematico i processi decisionali, il governo clinico e il ciclo della performance,

Dettaglio attività svolte

Definizione dei modelli di reporting clinico assistenziale (Definizione requisiti funzionali)

- o **Report Produttività PP.OO.**
 - Report Produttività Aziendale per Presidio e per Reparto
 - Scheda generale dei Presidi Ospedalieri
 - Bilancio dei Presidi Ospedalieri Pubblici
 - Indicatori di Produttività per tipo di Reparto
- o **Assistenza Ospedaliera**
 - Ricoveri - DCA 67;
 - Dashboard Ricoveri Ospedalieri;
 - Indicatori NSG core Area Ospedaliera;
 - Dashboard Sale Operatorie;
 - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Presidi Ospedalieri).
- o **Reportistica Amministrativa e Farmaceutica**
 - Personale Dipendente;
 - Personale Convenzionato;
 - Consumi.
- o **Prevenzione**
 - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Dipartimento di Prevenzione).
 - Dashboard Screening;
 - Dashboard Vaccini;
 - Indicatori NSG core Area Prevenzione;
 - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Dipartimento di Prevenzione)
- o **Assistenza Territoriale**
 - Dashboard Specialistica Ambulatoriale;
 - Dashboard Assistenza Farmaceutica;
 - Dashboard Assistenza Riabilitativa e Integrativa;
 - Indicatori NSG core Area Distrettuale;
 - Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti).

Le immagini che seguiranno, inserite a scopo esemplificativo, rappresentano alcuni sviluppi funzionali:

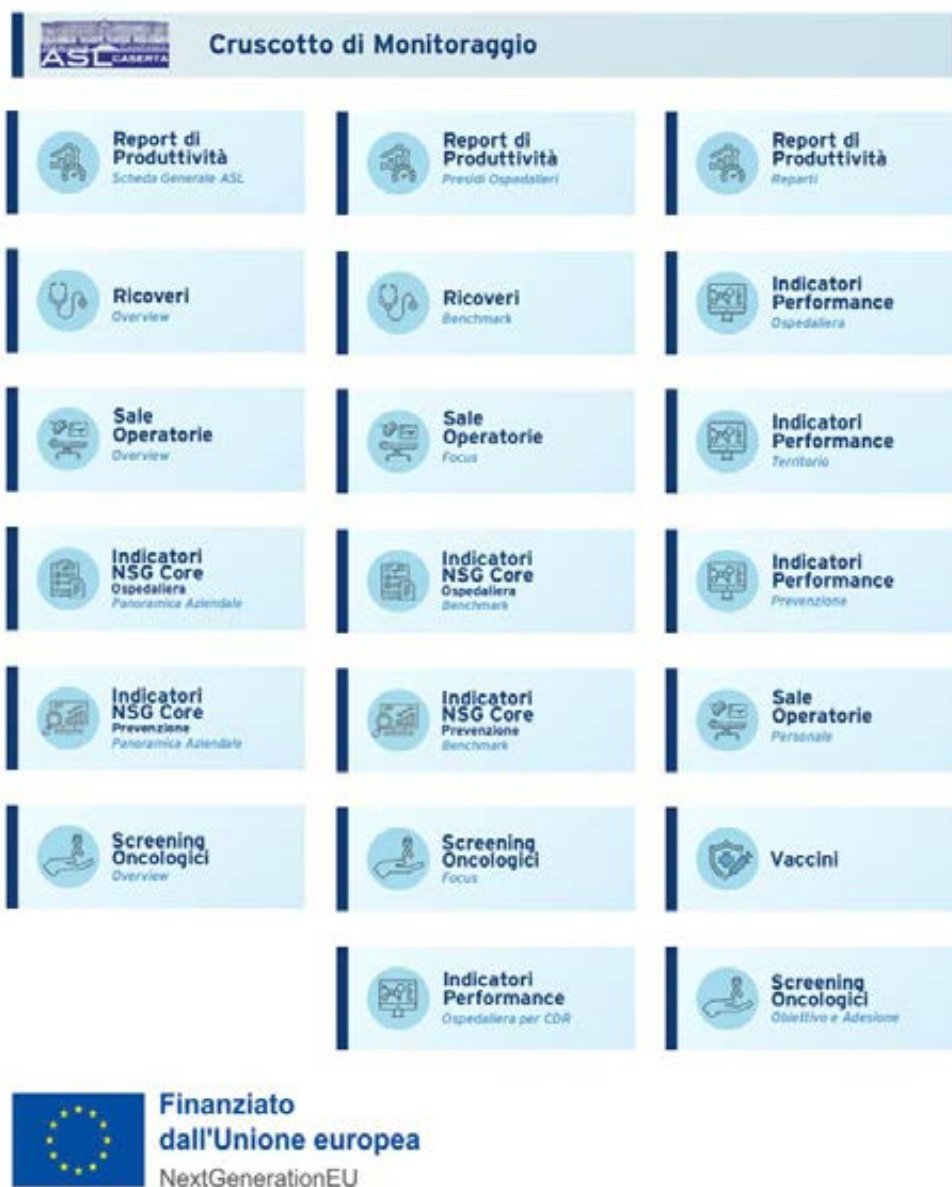


Fig.31 Cruscotto di monitoraggio

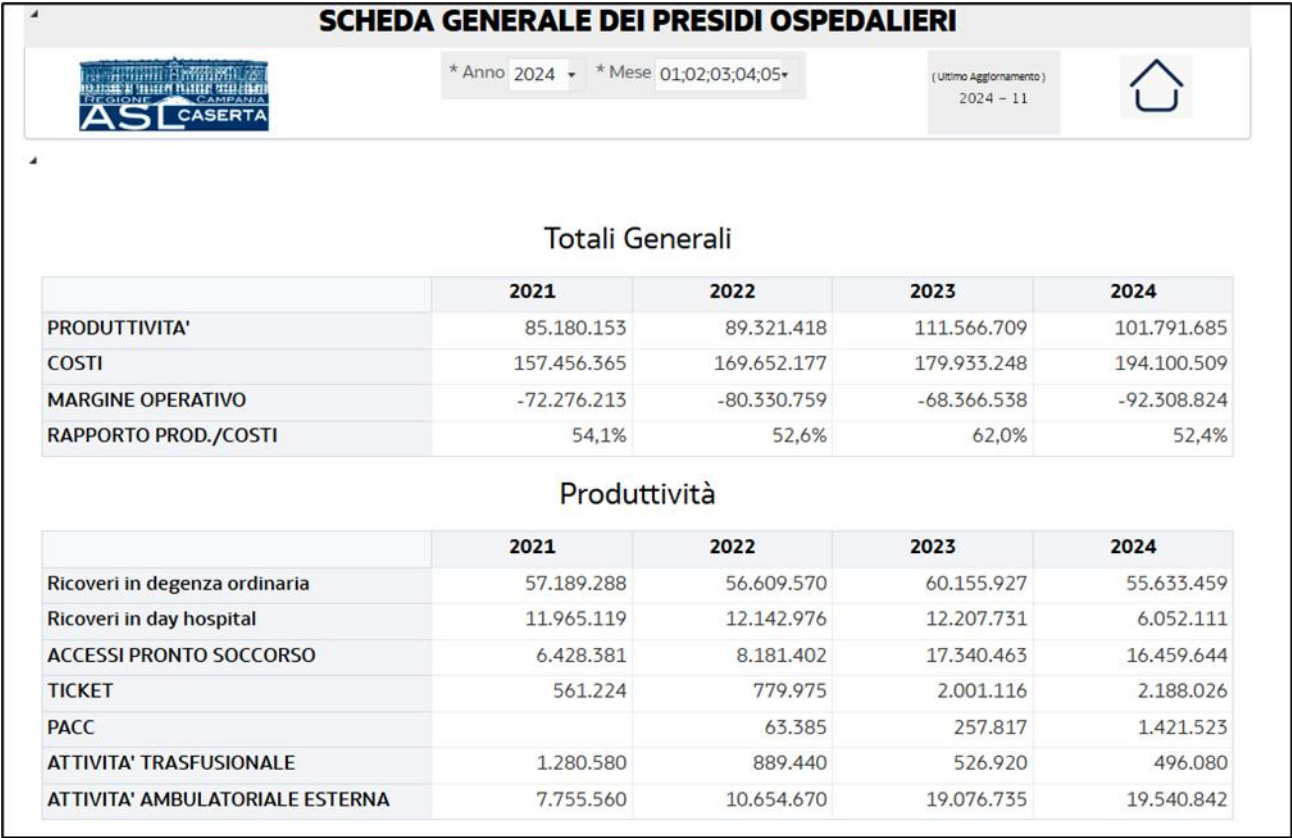


Fig. 32 Report Produttività e Costi dei Presidi Ospedalieri a 11 mesi del 2024

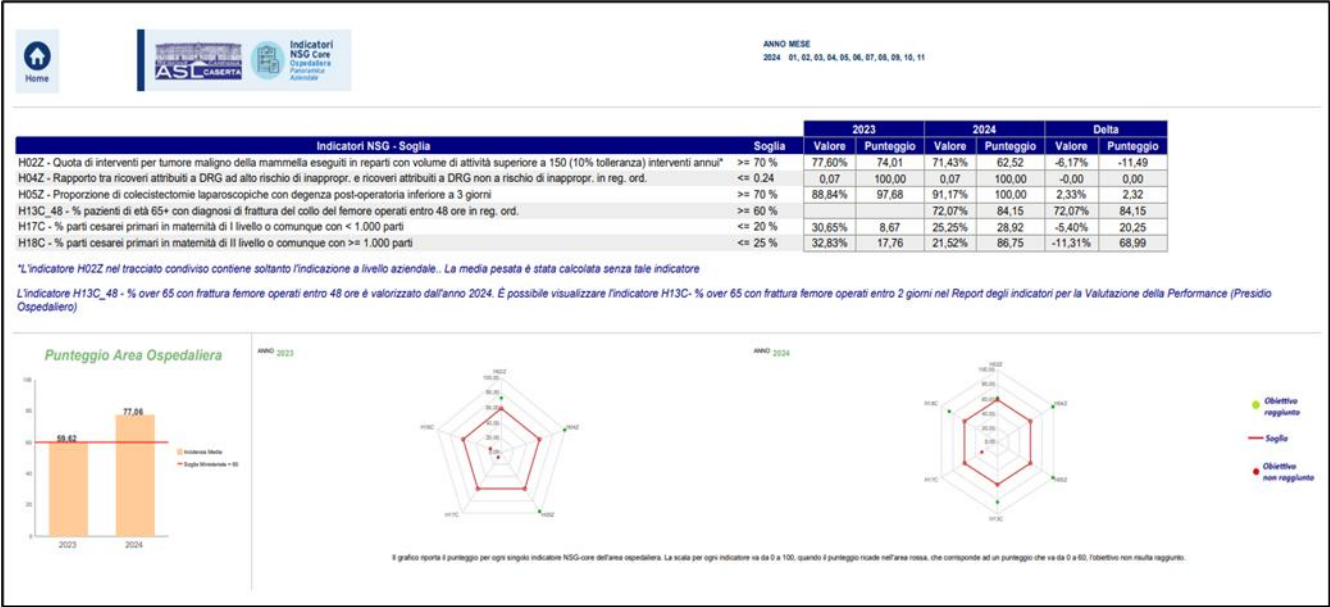
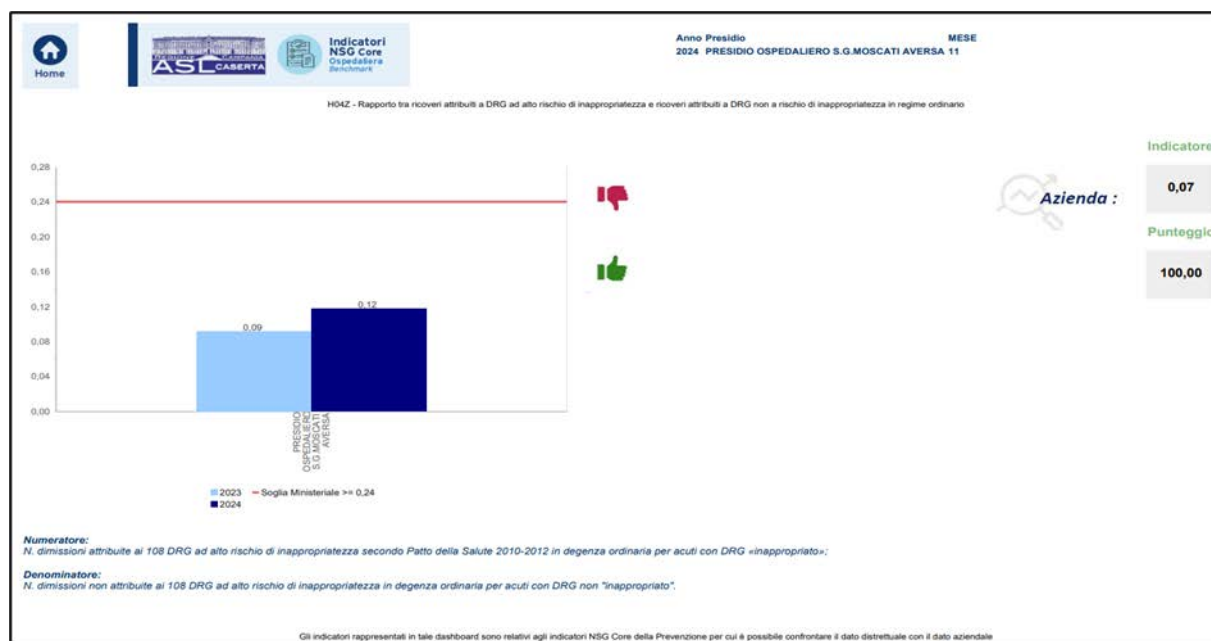


Fig. 33= Indicatori NSG Presidi Ospedalieri aggiornata a 11 mesi del 2024



Home

ASL CASERTA

Anno: 2024

Presidio: PRESIDIO OSPEDALIERO S.G.MOSCATI AVERSA

Report: PRESIDIO

2024-10

dato cumulato al

CODICE INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	Delta	Stima annuale
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (= 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - Numero casi	0,00	2,00	2,00	
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - Numero casi				
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	77,04%	0,00%	-77,04%	
D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche				
D27Z	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche				
DSPE	Incremento attività specialistica ambulatoriale	209.880,00	62.234,00	-147.652,00	67.892
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella				
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropri. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropri. in reg. ord.	0,10	0,11	0,01	
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	89,09%	92,55%	3,46%	
H13C	% pazienti di età ≥65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in reg. ord.	82,28%	77,65%	-4,63%	
H13C_4B	% pazienti di età ≥65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in reg. ord.	0,00%	75,97%	75,97%	
H17C	Taglio Cesareo Primario	13,81%	13,39%	-0,42%	
HCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	82,00%	97,30%	15,30%	
HDDH	DH Diagnostici	23,00	3,00	-20,00	3
HDOPO	Degenza preoperatoria	0,70	1,56	0,86	
HFSE	% Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda PS, Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	92,96%	85,68%	-7,28%	
HGDG	Giornate di Degenza	42.364,00	38.679,00	-3.685,00	38.679
HICM	Indice di Occupazione Media	72,38%	72,29%	-0,09%	
HMDG	Degenza Media	5,90	5,70	-0,20	
HMDH	DH Medici (accessi)	3.516,00	1.380,00	-2.136,00	1.380
HMRC	DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medico/N dimessi rep Chirurgici - rif < 25%	8,29%	13,03%	4,74%	
HPAC	Attivazione/Incrementare i PACC	0,00	693,00	693,00	750
HPMO	Peso Medio Ricoveri Ordinari	1,13	1,10	-0,03	
HRDH	Ricoveri in DH	3.081,00	2.488,00	-593,00	2.488
HRIC	% Ricoveri Chirurgici	38,28%	40,72%	2,44%	
HROR	Ricoveri Ordinari	7.177,00	6.780,00	-397,00	6.780
HR05	% Ricoveri oltre soglia	2,95%	2,52%	-0,43%	
HRXE	Incremento attivita' radiologica esterna	0,00	7.227,00	7.227,00	7.884
HSDO	Chiusura SDO in 72h	0,00%	64,64%	64,64%	
HSTR	Incremento attivita' Stroke Unit - Numero ricoveri	0,00	43,00	43,00	47
HWEI	Attivazione Week surgery - increm. attivita' - Numero ricoveri				

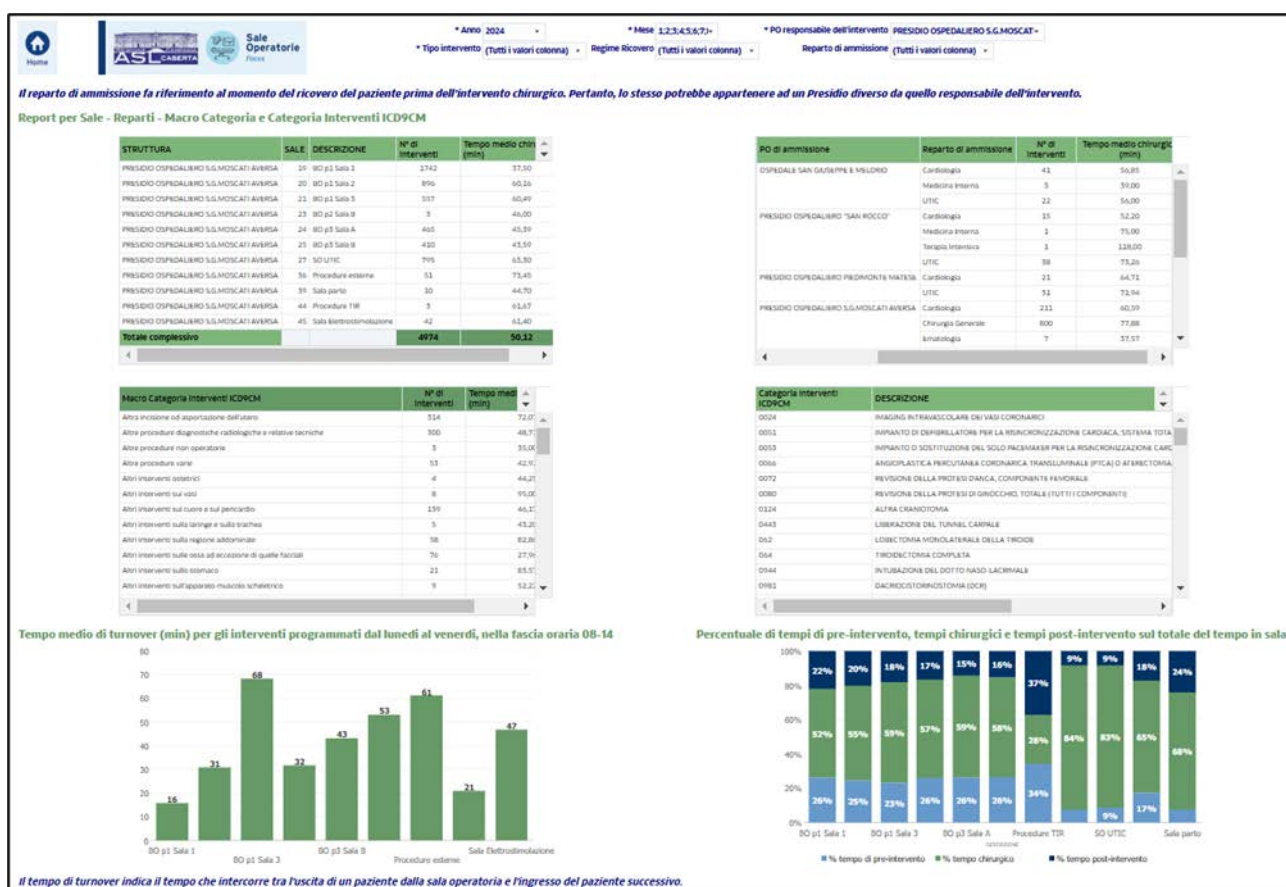
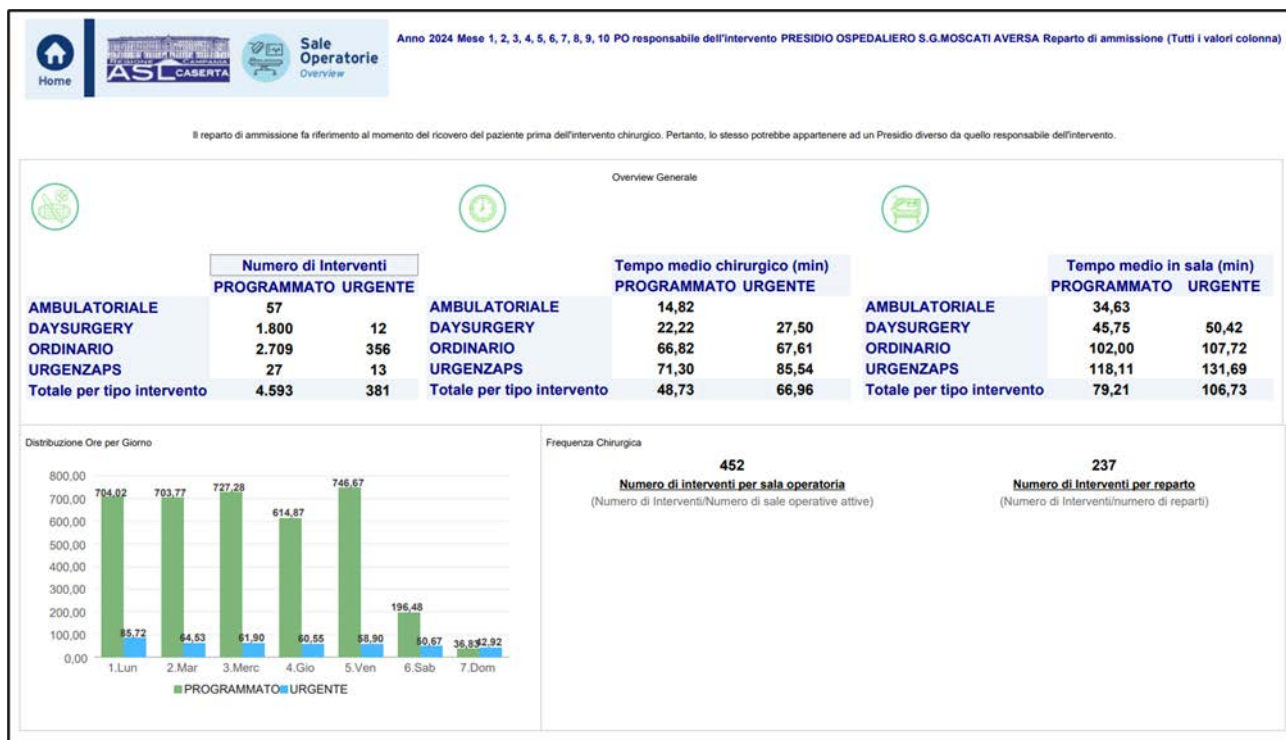


Fig. 36 e 37 Report Sale operatorie a 11 mesi del 2024

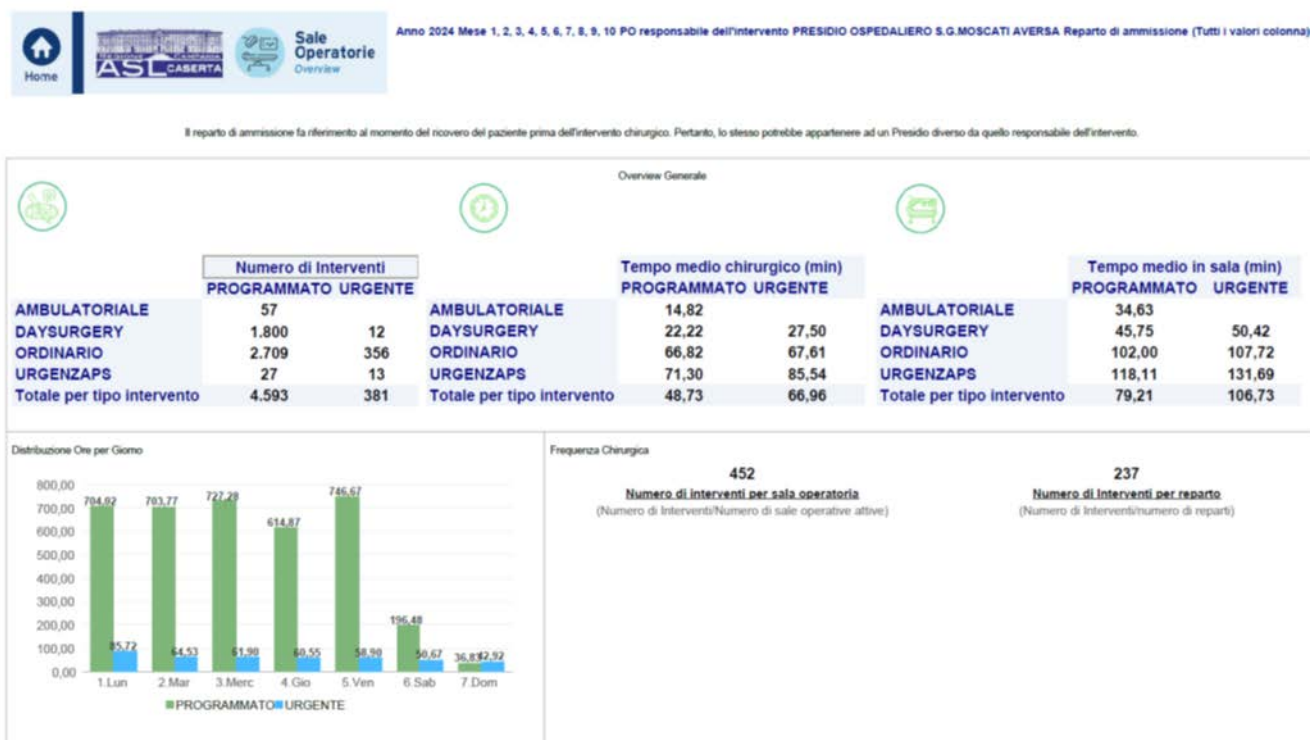


Fig. 38 Overview Sale Operatorie a 11 mesi del 2024



Indicatori NSG Core Ospedaliera - Benchmark

Fig 39.: Valutazione della performance

Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti)					
  Anno: 2024 Mese: 03 Distretto: Distretto Sanitario 12					
CODICE INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	Delta	Stima annuale
H23C	Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	0,00%	0,00%	0,00%	
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	0,00%	10,59%	10,59%	
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	0,00%	13,37%	13,37%	
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon	0,00%	7,78%	7,78%	

I dati sono cumulati al mese e all'anno scelto. Per gli anni precedenti all'anno 2024 potrebbero non essere disponibili i dati mensili per alcune mensilità.

Report Indicatori per la Valutazione delle Performance (Distretti)					
  Anno: 2024 Mese: 11 Distretto: Distretto Sanitario 12					
CODICE INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	Delta	Stima annuale
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorita' B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	0,00%	76,70%	76,70%	
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici	0	4.821	4.821	
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3)	0,00%	100,00%	100,00%	
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensita' di cura pazienti over 65 (CIA 1-2-3)	0	7	7	
DCCC	Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 3 patologie croniche nel Chronic Care Center	0	1.633	1.633	1.781
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	0,00%	98,80%	98,80%	
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	0,00%	94,68%	94,68%	
DSPE	Incremento attivita' specialistica ambulatoriale	0	70.236	70.236	76.621
H23C	Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	0,00%	0,00%	0,00%	
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	0,00%	95,42%	95,42%	
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,00%	96,13%	96,13%	
P06C	Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni	0,00%	46,55%	46,55%	
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	0,00%	35,92%	35,92%	
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	0,00%	60,77%	60,77%	
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon	0,00%	30,34%	30,34%	
PHPV	Incremento vaccinazione Hpv	0	1.898	1.898	2.071
PPNE	Incremento vaccinazione antipneumococcica	0	2.563	2.563	2.796

I dati sono cumulati al mese e all'anno scelto. Per gli anni precedenti all'anno 2024 potrebbero non essere disponibili i dati mensili per alcune mensilità.

Fig.40: Indicatori Performance Territorio



Fig.41: Dashboard indicatori NSG core Distrettuali-Panoramica Aziendale

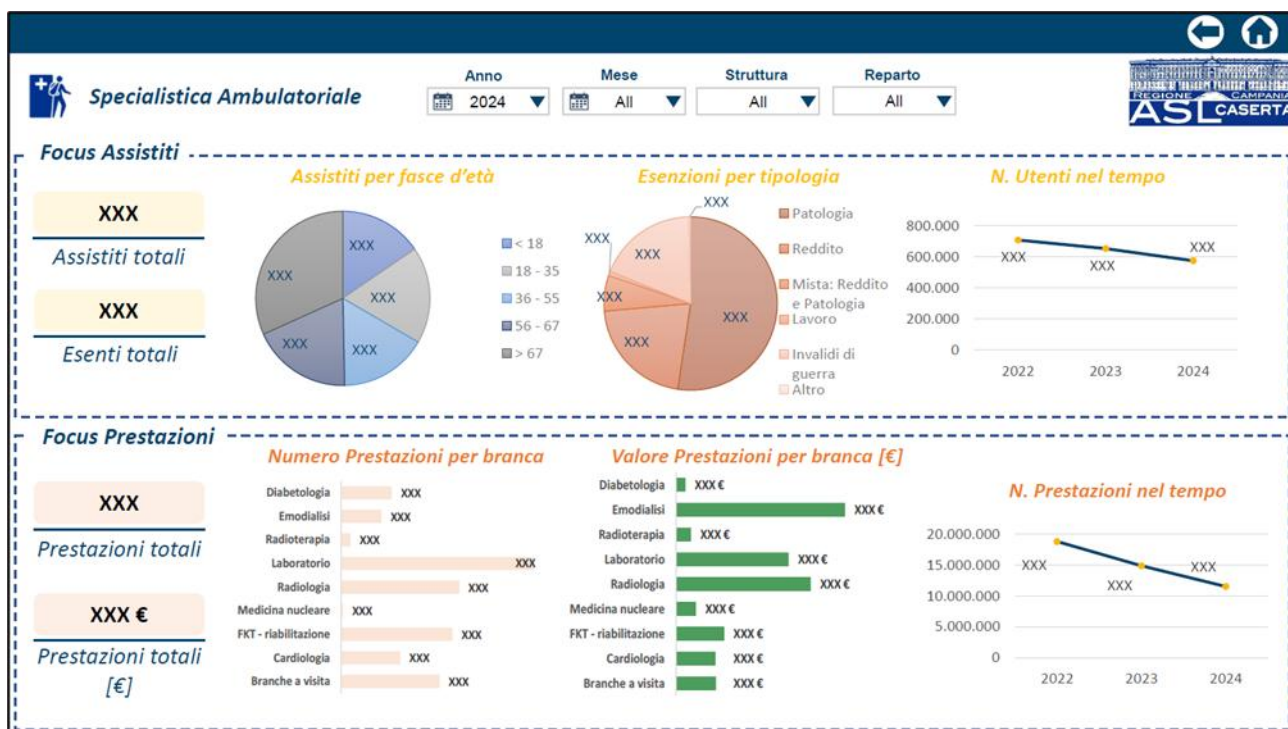


Fig.42: Dashboard Specialistica Ambulatoriale

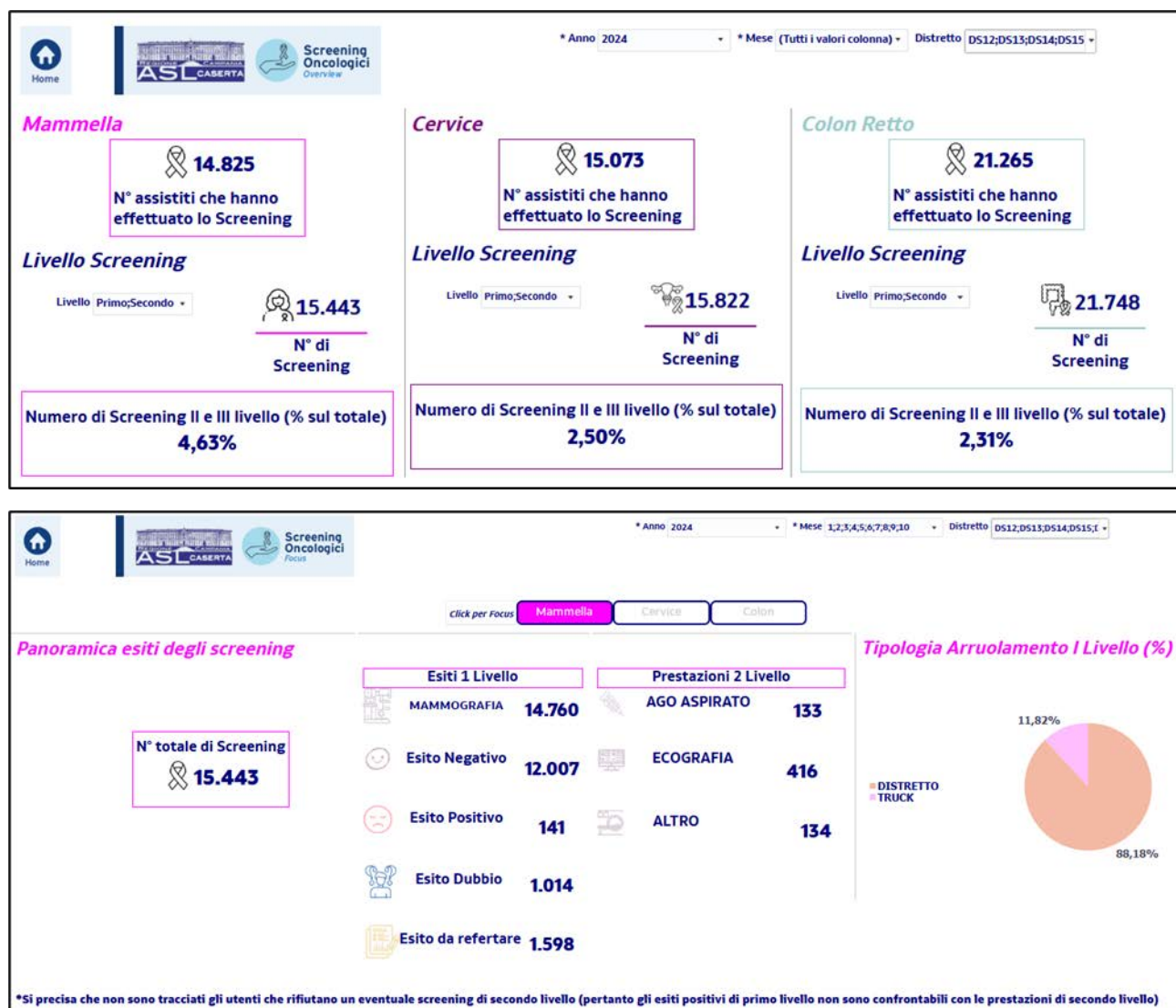


Fig.43: Dashboard sul Territorio-Obiettivi screening

2.6.6 Potenziamento dei sistemi informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo – Budget

Il progetto **“Sistemi Informativi a supporto dei processi di pianificazione e controllo – Pianificazione e Budget”** nasce dall’esigenza di informatizzare, automatizzare e uniformare il processo di determinazione del budget aziendale, rafforzando il sistema di Programmazione e Controllo quale strumento centrale di governo economico-finanziario e gestionale dell’Azienda.

Il budget rappresenta l’esito di un processo decisionale, organizzativo e contabile finalizzato a tradurre in termini quantitativi i programmi aziendali, assicurando una allocazione ottimale delle risorse disponibili in coerenza con gli indirizzi strategici, con le priorità assistenziali e con le compatibilità economico-finanziarie e gestionali dell’ASL Caserta.

In tale contesto, il progetto mira a superare logiche frammentate e modalità operative eterogenee, introducendo una soluzione tecnologica integrata in grado di supportare in modo strutturato l’intero ciclo di pianificazione, budgeting e monitoraggio, migliorando la tracciabilità delle decisioni, l’affidabilità dei dati e la tempestività delle informazioni a supporto dei livelli direzionali.

L’intervento ha previsto la realizzazione di una **piattaforma informatica dedicata**, articolata in **due fasi operative**, finalizzate rispettivamente alla strutturazione del processo di pianificazione e alla

gestione integrata del budget, assicurando coerenza tra obiettivi strategici, risorse assegnate e risultati attesi.



Fig. 44 : Fase 1

La Fase 1 del processo si articola nelle seguenti sezioni, accessibili in funzione delle diverse profilazioni utente:

➤ **Caricamento e visualizzazione dei Driver Assistenziali.**

In questa sezione è consentito alle Strutture aziendali, tramite apposite funzionalità di data entry, il caricamento manuale dei valori relativi ai Driver Assistenziali. L'ASL, a sua volta, può visualizzare in modo centralizzato i Driver Assistenziali inseriti dalle singole Strutture, al fine di garantirne il monitoraggio e la coerenza complessiva.

➤ **Conferma e visualizzazione del Report degli Impegni di Spesa**

Questa sezione consente alle Strutture di consultare il report degli impegni di e di procedere alla relativa conferma oppure alla segnalazione di eventuali scostamenti, corredati da specifiche motivazioni. Vengono visualizzati gli esiti delle conferme, nonché gli scostamenti e le motivazioni inserite dalle Strutture, ai fini dell'analisi e del consolidamento dei dati.



Fig. 45 :Fase 2

Le sezioni previste per la presente fase, in funzione delle diverse profilazioni utente, sono le seguenti:

➤ **Caricamento e visualizzazione del Budget assegnato**

In questa sezione la Struttura centrale ha la possibilità di caricare e consultare le deliberazioni e la documentazione allegata relative al Budget assegnato alle singole strutture e ai centri di responsabilità.

➤ **Caricamento e visualizzazione delle spese sostenute**

Attraverso apposite funzionalità di data entry, il centro di responsabilità assegnatario del budget può procedere al caricamento delle spese sostenute, articolate in tre tipologie di campi:

- campi a compilazione manuale;
- campi alimentati automaticamente;
- campi selezionabili tramite menu a tendina.

Il processo di caricamento è guidato, al fine di evitare la duplicazione di informazioni comuni tra più voci di spesa e di agevolare la compilazione. L'Azienda può accedere in qualsiasi momento alla visualizzazione delle spese caricate per finalità di controllo e monitoraggio.

➤ **Analisi degli scostamenti e monitoraggio del budget**

Questa sezione consente all'Azienda di monitorare, rispetto alle risorse stanziare, lo stato di utilizzo ed erosione del Budget assegnato, attraverso l'analisi degli scostamenti tra previsioni e spese effettivamente sostenute.

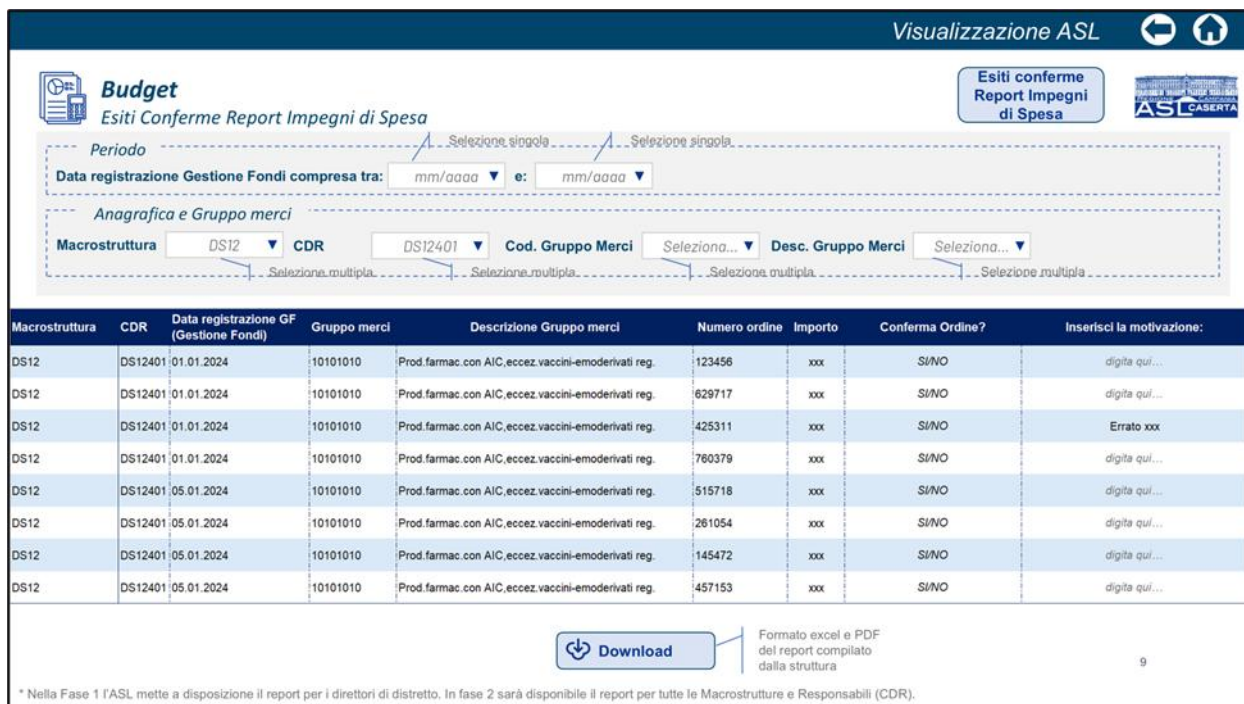


Fig.46: Visualizzazione spese sostenute

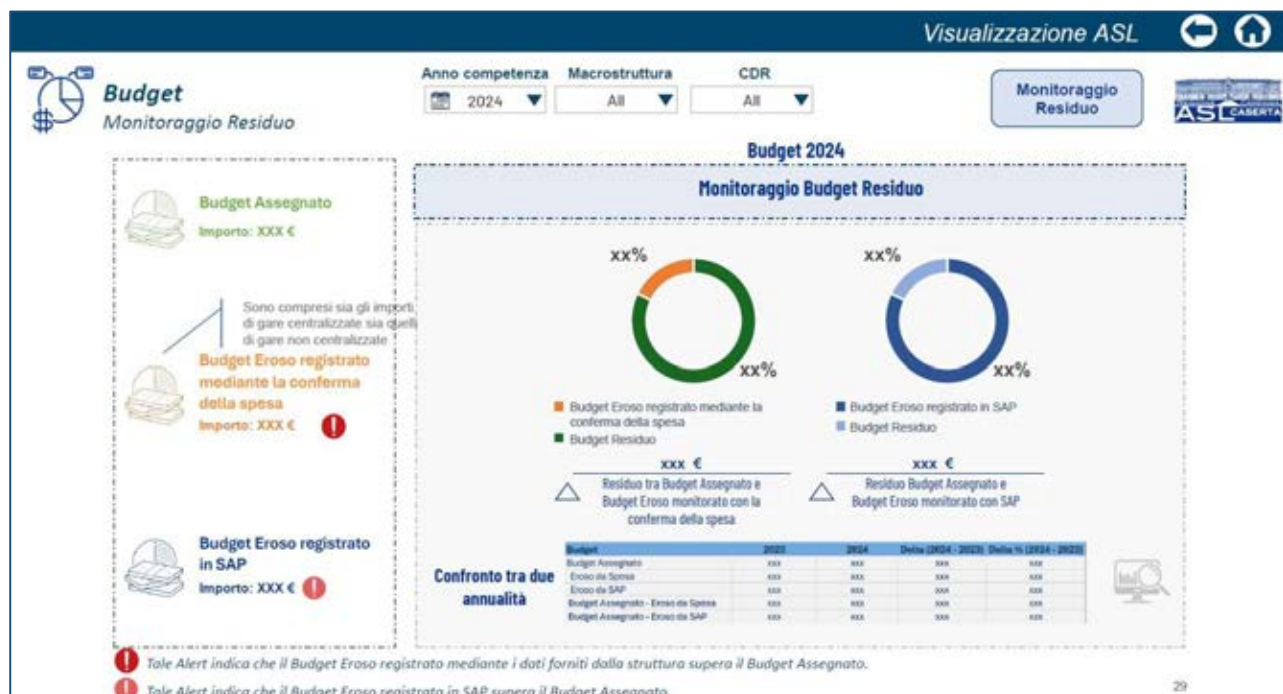


Fig. 47 Monitoraggio Budget

2.6.7 Aggiornamento e Restyling sito istituzionale

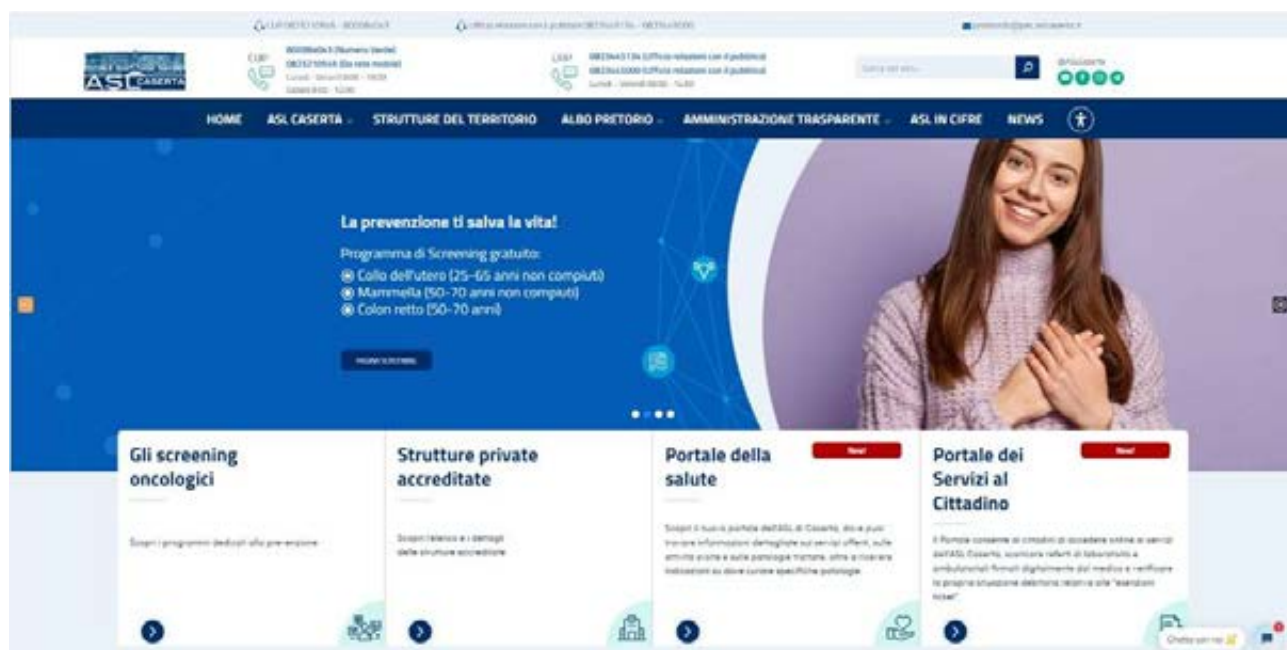
L'Azienda riserva particolare attenzione alla realizzazione e alla manutenzione del Sito istituzionale, quale strumento centrale di informazione, trasparenza e accesso ai servizi per i cittadini. Il portale è strutturato in sezioni funzionali, progettate per facilitare l'orientamento dell'utenza e migliorare l'esperienza di fruizione dei servizi digitali.

In particolare:

- **Home Page**

La Home Page, quale principale punto di accesso e vetrina istituzionale dell'Azienda, è costantemente aggiornata e arricchita di contenuti, al fine di rendere più semplice, immediato e intuitivo l'accesso del cittadino alle informazioni e ai servizi di maggiore interesse.

Fig. 48



- **Sezioni “Dedicato a” e “Come fare per”:** Al fine di facilitare l'accesso ai servizi, sono state individuate due macro-aree tematiche.

La sezione **“Dedicato a”** è organizzata in box per tipologia di utente e consente l'accesso a specifiche sezioni e sottosezioni informative dedicate.

La sezione **“Come fare per”**, riorganizzata attraverso una nuova impostazione grafica delle card, evidenzia i servizi di accesso più frequente, mantenendo al contempo un collegamento diretto a tutte le ulteriori prestazioni disponibili.

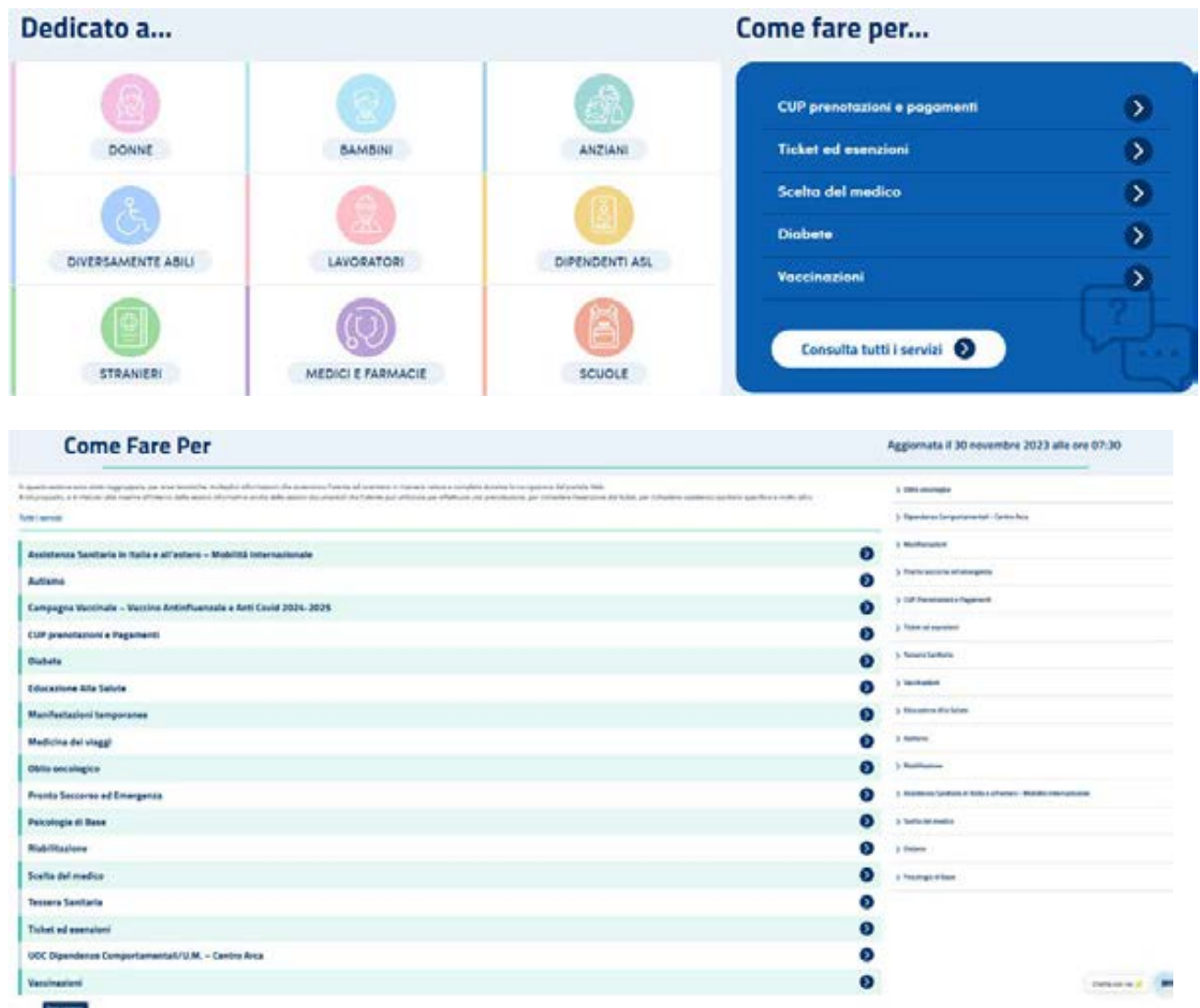


Fig. 49

- **Screening oncologici**
È stata dedicata un'apposita sezione agli screening oncologici, articolata per i quattro

principali programmi di screening, contenente informazioni complete e aggiornate.

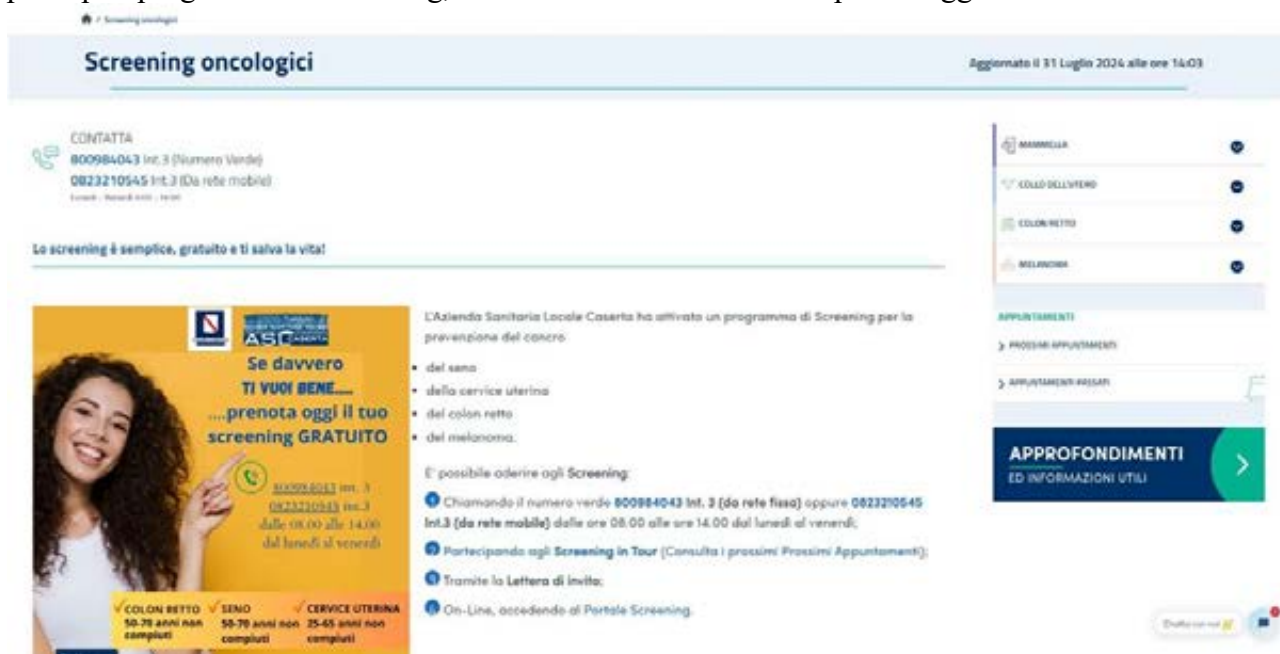


Fig. 50

Tra i servizi al cittadino è stata ristrutturata la sezione in cui è possibile richiedere e visualizzare i propri screening o inserire un esito di test eseguito in autonomia.



Fig. 51

- **News e comunicazione istituzionale**

La sezione News è strutturata in tre aree distinte:

- “**News & Eventi**”, con possibilità di scorrimento dei contenuti;
- un elenco aggiornato degli **ultimi cinque Bandi di Concorso**, con collegamento diretto alla sezione dedicata;
- una sezione centrale riservata al **TG ASL**, contenente servizi audiovisivi di informazione istituzionale dell’ASL Caserta.



Fig. 52

- **Tempi di attesa**

È presente una sezione specifica che consente agli utenti di consultare i tempi di attesa dei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri dell'ASL, favorendo trasparenza e informazione in tempo reale.

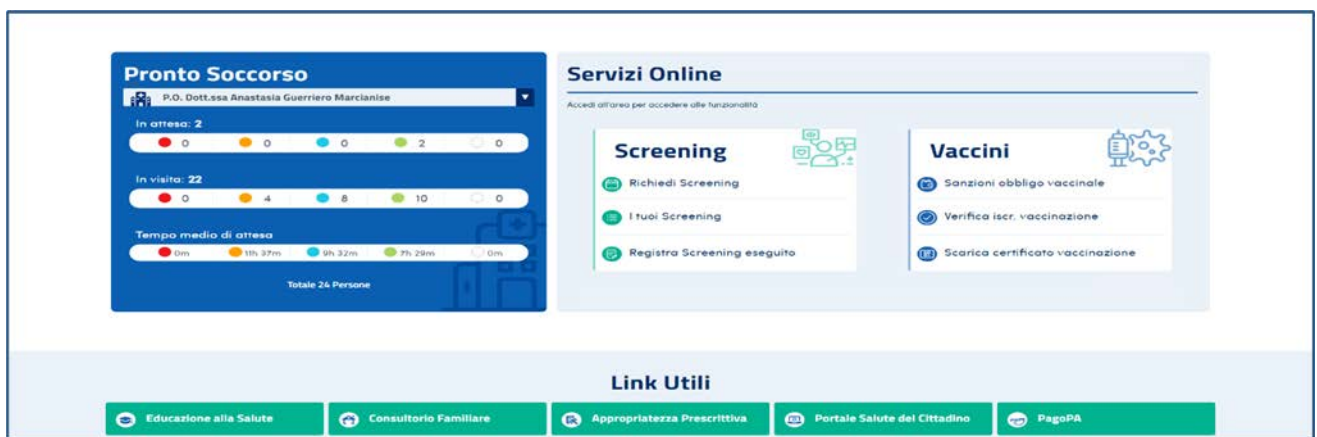


Fig. 53

- **Servizi online al cittadino**

In Home Page, all'interno del carosello principale, è stata inserita un'area dedicata ai servizi online, che consente al cittadino di accedere in modo diretto e semplificato ai principali servizi messi a disposizione dall'ASL e dal portale regionale in ambito sanitario.



Fig. 54

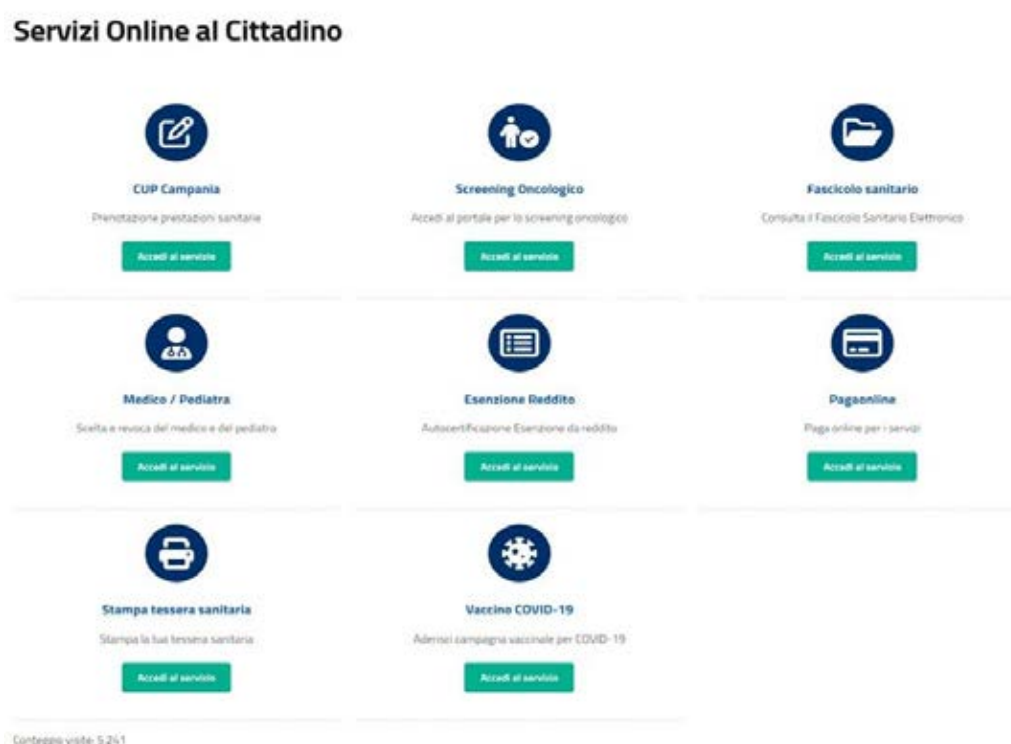


Fig. 54 Bis

ASL in cifre

La sezione “ASL in cifre”, collocata nel menu principale del sito, presenta alcuni indicatori significativi dell’attività aziendale, quali il numero di screening effettuati, gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri complessivi e altri dati di sintesi, contribuendo alla diffusione di una cultura della trasparenza e della rendicontazione verso la collettività. I dati, precedentemente caricati manualmente, vengono ora acquisiti automaticamente dal database in modalità dinamica, con aggiornamento in tempo reale ogni 15 secondi.

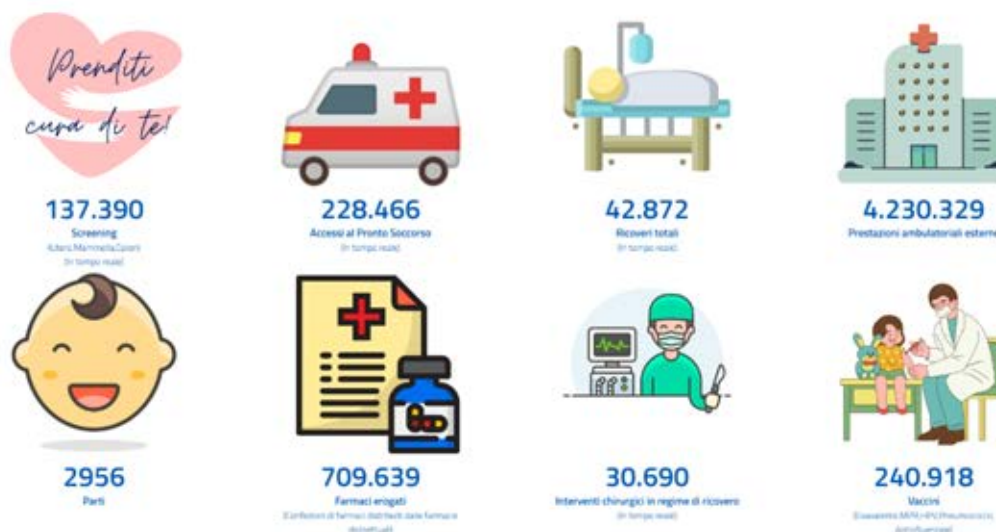


Fig. 55

2.6.7.1 Il Portale della Salute

L'Azienda ha realizzato un nuovo **sito web dedicato**, sviluppato su un sottodominio del dominio istituzionale principale, con l'obiettivo di rafforzare l'accessibilità digitale, migliorare l'esperienza dell'utente e rendere più efficace la comunicazione dei servizi sanitari offerti.

Il portale presenta le seguenti principali caratteristiche:

- **Ottimizzazione per i motori di ricerca (SEO)**, finalizzata ad aumentare la visibilità delle informazioni sanitarie essenziali e a facilitare l'accesso dei cittadini ai contenuti di maggiore rilevanza;
- **Struttura chiara, accessibile e orientata ai bisogni dell'utenza**, progettata per rispondere in modo immediato alle esigenze informative degli assistiti;
- **Adozione di soluzioni tecnologiche modulari, aggiornabili e facilmente manutenibili**, in grado di garantire flessibilità e adattabilità rispetto a future evoluzioni organizzative e tecnologiche.

Il nuovo sito garantisce inoltre:

1. la **conformità agli standard di accessibilità**, in coerenza con la normativa vigente;
2. elevati livelli di **sicurezza e affidabilità**;
3. il pieno allineamento alle **Linee guida AgID** per i siti web della Pubblica Amministrazione.

Il portale è stato progettato come **risorsa informativa centrale** per i cittadini che intendano acquisire informazioni sui servizi offerti dall'Azienda, configurandosi come uno strumento pratico e immediato di orientamento, capace di guidare l'assistito nella risoluzione dei propri quesiti e nell'individuazione del reparto o del servizio più adeguato alle proprie esigenze.

A supporto di tali finalità, il sito integra in modo avanzato soluzioni basate sulle più recenti evoluzioni dell'**Intelligenza Artificiale**, impiegate per migliorare la fruibilità dei contenuti e facilitare l'interazione con l'utenza.

La **Home Page** del nuovo portale è articolata in otto sezioni principali, ciascuna ricca di informazioni e strumenti di ricerca finalizzati all'individuazione dei reparti e dei servizi di interesse. Nella parte superiore, oltre al menu di navigazione orizzontale, è presente una sezione

introduttiva che illustra le finalità del portale, caratterizzata da un design moderno, sobrio e accessibile, con l'utilizzo di colori tenui e soluzioni grafiche orientate alla massima leggibilità.



Fig.56: Home page Portale della salute

Immediatamente al di sotto della sezione introduttiva è presente un **form di ricerca avanzata**, che consente all'utente di accedere direttamente ai contenuti di interesse sfruttando il motore di ricerca integrato, senza necessità di proseguire nella navigazione del portale.

A seguire, sono presentate le **aree tematiche dedicate**, ciascuna delle quali costituisce un vero e proprio **"portale autonomo"** all'interno del Portale della Salute, progettato per offrire percorsi informativi strutturati e coerenti, in funzione delle diverse tipologie di servizi e dei bisogni dell'utenza.

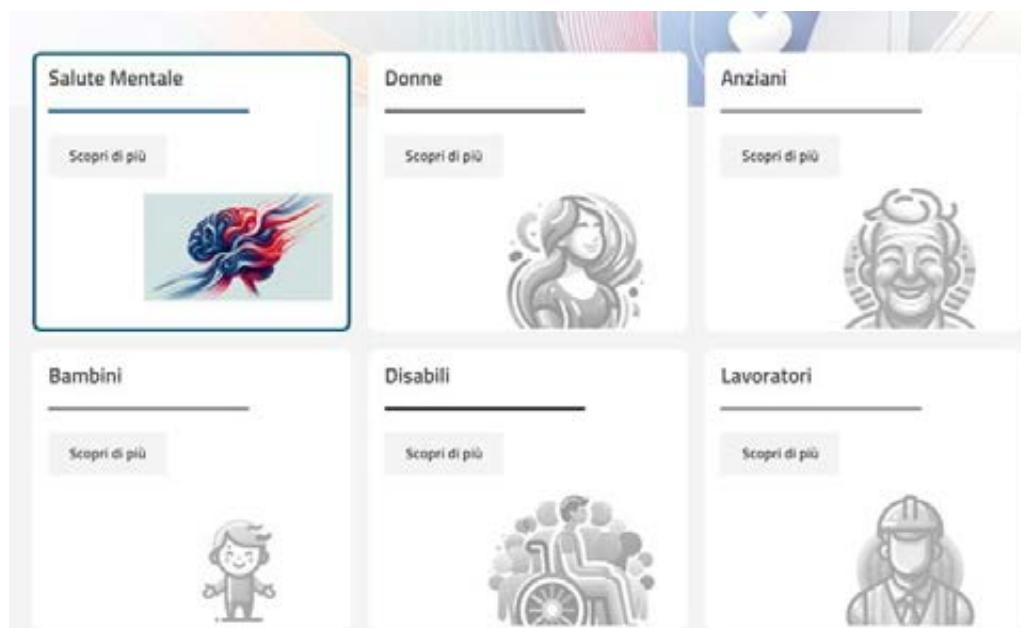


Fig. 57

All'interno del portale è stata realizzata una **mappatura estesa delle patologie**, con l'inserimento e il collegamento di circa **200 patologie** alle rispettive **Unità Operative dell'ASL Caserta competenti per il trattamento**. Tale funzionalità consente all'utente di disporre di un'informazione completa e puntuale sulla presenza di centri, servizi e strutture aziendali dedicati alla gestione della propria condizione clinica.

A tal fine è stata predisposta una specifica sezione denominata **"Patologie"**, facilmente accessibile dalla Home Page, che raccoglie l'elenco delle patologie censite e mette a disposizione dell'utenza tutte le informazioni necessarie per orientarsi all'interno dell'offerta assistenziale aziendale, favorendo un accesso più consapevole, appropriato e tempestivo ai servizi sanitari.

Patologie

Ogni Patologia e il suo Percorso Trova il Servizio adatto a Te

Questa sezione del nostro portale è dedicata a fornire una mappa chiara e intuitiva delle patologie, indirizzandoti verso il servizio o reparto più adeguato per ogni specifica condizione medica. Il nostro obiettivo è semplificare il percorso dei pazienti all'interno del sistema sanitario, offrendo una panoramica visuale che collega direttamente ogni patologia al suo punto di cura. Da qui, potrai accedere facilmente alle informazioni sulle varie condizioni mediche e scoprire immediatamente dove e come ricevere l'assistenza di cui hai bisogno, ottimizzando tempi e risorse nel tuo percorso di cura.

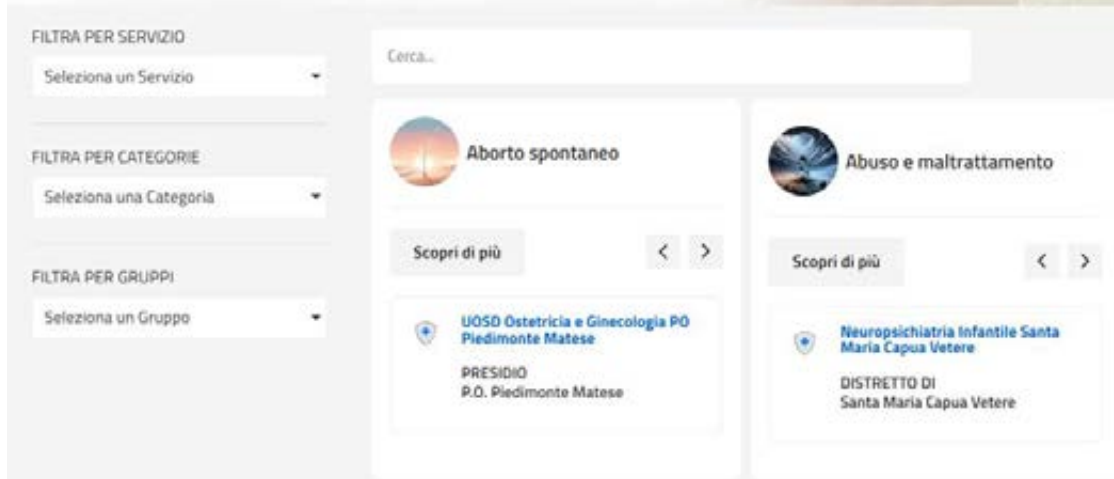


Fig.58: sezione “Patologie”

Per ciascuna patologia censita nel portale sono rese disponibili **informazioni descrittive di carattere sanitario e divulgativo**, comprendenti, a titolo esemplificativo, le principali cause, i sintomi più frequenti, indicazioni generali di prevenzione e orientamento, nonché consigli medici utili alla comprensione del quadro clinico.

Tali contenuti, presentati in forma chiara e accessibile, contribuiscono a rafforzare il **livello di consapevolezza dell’utente**, favorendo un accesso più informato e appropriato ai servizi sanitari

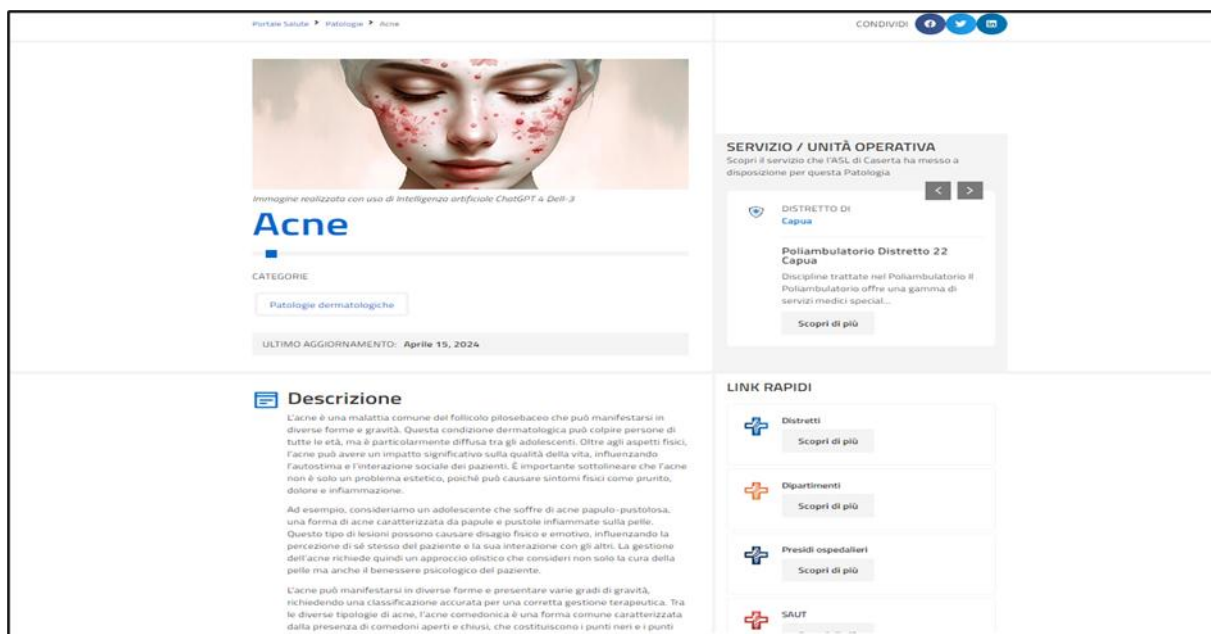


Fig.59 :“Informazioni riguardo le patologie”

Ciascuna categoria tematica raccoglie informazioni essenziali sulle patologie più frequenti, sulle modalità e sui luoghi di cura, nonché sulle principali misure di prevenzione. A titolo esemplificativo, nelle sezioni seguenti sono illustrate le categorie “Donne” e “Anziani”.

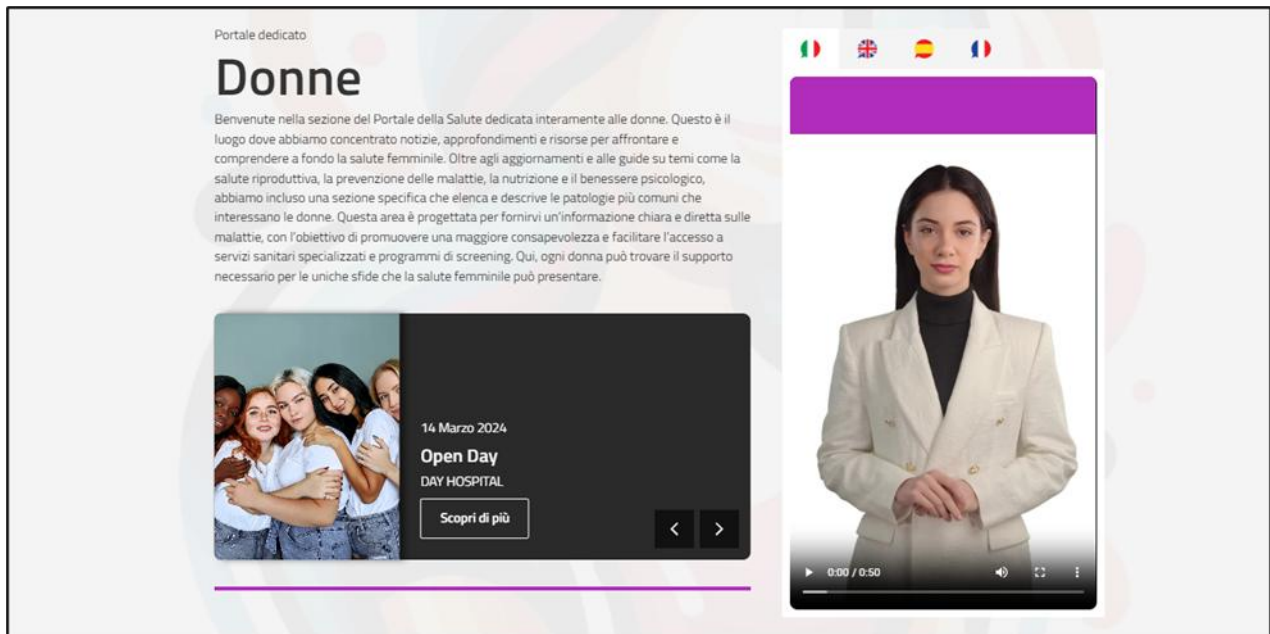


Fig.:60 “Categoria Donne homepage

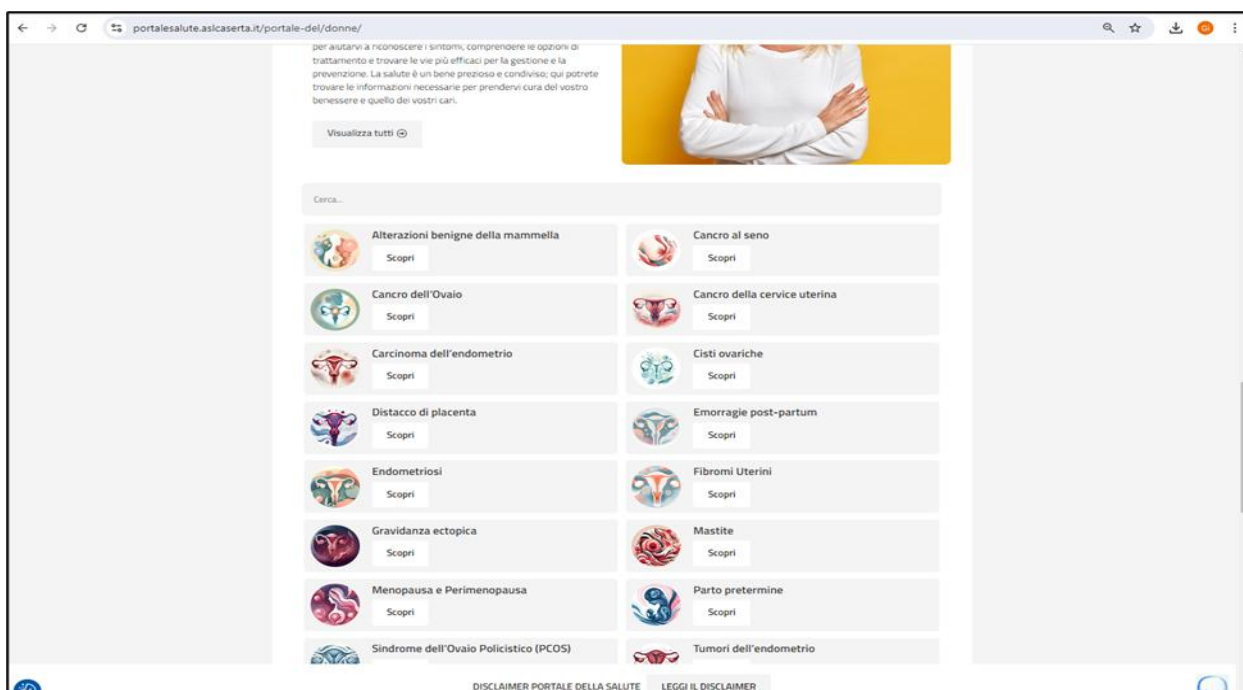


Fig. 61 Categoria “Donne”, patologie associate

È stata aggiornata la sezione “I Servizi”, arricchendola di tutti i servizi appartenenti all’Asl di Caserta.



Fig. 62 Sezione “I Servizi”

Ogni servizio contiene molteplici informazioni di tipo descrittivo, come le discipline trattate, l’elenco delle prestazioni erogate (nel caso sia un poliambulatorio), recapiti, indirizzi, informazioni al paziente, patologie trattate ecc..



Fig-63 Pagina di esempio Servizio Poliambulatorio Distretto 12 Caserta, informazioni base

Servizi / Unità Operativa

Centro Anti Diabete – CAD
Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Centro di Allergologia
Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Chronic Care Center
Distretto 12 Caserta

Scopri di più

CUP Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Direzione Dipartimento Salute Mentale Caserta

Scopri di più

Direzione Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Medicina Legale Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Poliambulatorio Distretto 12 Caserta

Scopri di più

Servizio Relazioni con il Pubblico Distretto 12 Caserta

Scopri di più

U.O. Salute Mentale Distretto 12 Caserta

Scopri di più

UOC Coordinamento Cure Domiciliari – ADI Distretti 12-13 Caserta

Scopri di più

UOC Coordinamento Materno Infantile Territoriale, Consultorio/Assistenza Vaccinale Distretti 12-13 Caserta

Scopri di più

FARMACIA DISTRETTO

Farmacia Distretto 12 Caserta
Palazzo Della Salute, Viale Paul Harris, 79, 81100 Caserta CE

Scopri di più

Servizi Assistenza Urgenza Territoriale

SAUT Distretto 12 Caserta

Scopri di più

GLI ALTRI DISTRETTI

Distretto 13

Maddaloni

Visualizza

Distretto 14

Teano

Visualizza

Distretto 15

Piedimonte Matese

Visualizza

Distretto 16

Marcianise

Visualizza

Distretto 17 / 19

Aversa

Visualizza

Fig. 64 - Esempio Distretto 12 Caserta

È stata aggiornata la sezione “Le strutture”, arricchendola di tutte le macrostrutture appartenenti all’Asl di Caserta. Sono stati aggiunti i Presidi ospedalieri.

Le Strutture

Tutte le News della salute
Informati e vivi meglio

Informazioni aggiornate sulla salute e sui servizi che l'ASL di Caserta ha per i propri pazienti.

DIPARTIMENTI

DISTRETTI

PRESIDI OSPEDALIERI

SAUT

FARMACIE

PRESIDIO
P.O. S. Rocco Sessa Aurunca
81037 Sessa Aurunca CE

Scopri di più

PRESIDIO
P.O. San Giuseppe Melorio Santa Maria Capua Vetere
Via Melorio, Santa Maria Capua Vetere CE

Scopri di più

PRESIDIO
P.O. San Felice a Cancellò
Via Roma, San Felice a Cancellò (CE)

Scopri di più

PRESIDIO
P.O. Piedimonte Matese
Via Matese, 81016 Piedimonte Matese CE

Scopri di più

PRESIDIO
P.O. “Anastasia Guerriero”
Marcianise
Viale Sossiletta Scialla, 81025 Marcianise (CE)

Scopri di più

PRESIDIO
P.O. Maddaloni
Via Matese, 81016 Piedimonte Matese CE

Scopri di più

1

2

Successivo

Fig. 65 - Sezione “Le strutture”, Presidi ospedalieri.

Ogni macrostruttura contiene molteplici informazioni tipo indirizzi, recapiti, informazioni per il paziente, informazioni per i cittadini, i servizi contenuti in queste macrostrutture ecc. Esempio Macrostruttura P.O. S. Rocco Sessa Aurunca.

2.6.6.2 Aggiunta del modulo *Web Analytics Italia*

È stato integrato nel sito istituzionale il modulo **Web Analytics Italia**, sviluppato dall'Agenzia per l'Italia Digitale, per il monitoraggio qualitativo degli accessi e dei comportamenti di navigazione degli utenti. Lo strumento consente di analizzare indicatori quali numero di visite e visite ripetute, tempo medio di permanenza, azioni medie per visita e distribuzione geografica degli accessi. Il monitoraggio è effettuato nel pieno rispetto della normativa **GDPR**, mediante l'utilizzo di cookie anonimi e senza la memorizzazione di dati personali identificativi.

Visite nel Periodo

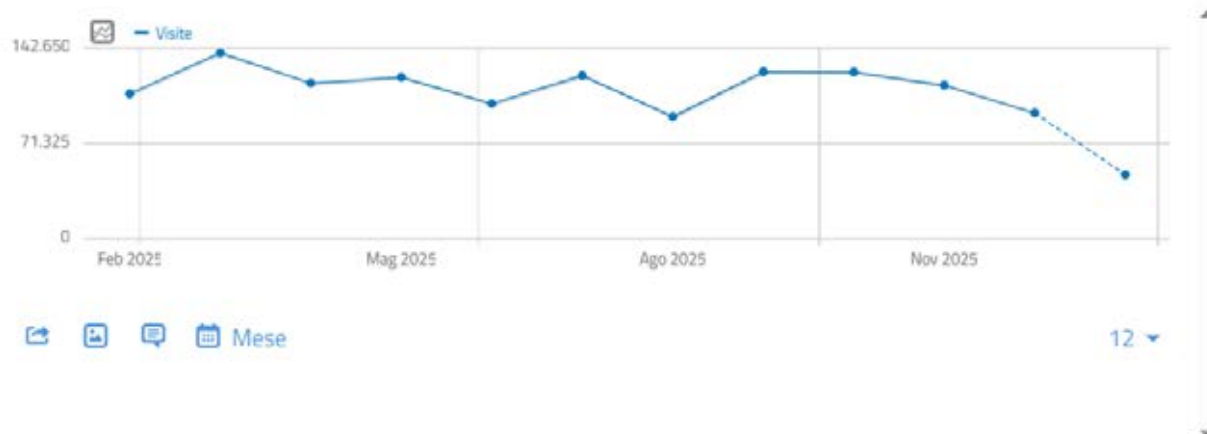


Fig. 66 - Statistiche "Visite nel periodo"

È reso disponibile anche il dettaglio di navigazione sulle singole pagine di ingresso, cioè la prima pagina da cui inizia la navigazione sul portale.

Visite alle pagine

TITOLO PAGINA DI ENTRATA	ENTRATE	RIMBALZI	% RIMBALZI
Asl Caserta - Home Page - Asl Caserta	8.174	1.762	22%
Delibere - Asl Caserta	5.488	2.953	54%
Dipendenti ASL - Asl Caserta	5.087	340	7%
Altri	1.660	630	38%
Altri Avvisi e Selezioni - Asl Caserta	1.356	517	38%
Determine Dirigenziali - Asl Caserta	1.131	566	50%
CUP prenotazioni e Pagamenti - Asl Caserta	1.067	417	39%
Pubblicazioni Turni Vacanti, Graduatorie ed Esclusioni Specialistica Ambulatoriale - Asl Caserta	1.044	259	25%
Scelta del medico - Asl Caserta	976	198	20%
Bandi di concorso - Asl Caserta	929	65	7%
Delibere anno 2025 - Asl Caserta	730	339	46%
Albo Pretorio - Asl Caserta	644	34	5%
50 - Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato ...	531	264	50%
I nostri Centri Vaccinali - Asl Caserta	512	230	45%
Distretto 17/19 - Aversa - Asl Caserta	344	138	40%
P.O. S. Giuseppe Moscati Aversa - Asl Caserta	343	109	32%
Comparto - Asl Caserta	304	80	26%
Tempi di attesa pronto soccorso - Asl Caserta	291	133	46%
Distretto 18 - Succivo - Asl Caserta	290	98	34%

Fig. 67- Statistiche "Visite alle pagine"

Vengono poi estratti alcuni indicatori di riepilogo in un'apposita tabella di KPI.

Riepilogo delle visite



Fig. 68- Statistiche "Riepilogo delle visite"

2.6.8 Digitalizzazione dei processi e degli accessi

Azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

1-Adesione vaccini	
Denominazione procedura	ADESIONE VACCINI
Modalità di accesso	Tramite sito WEB aziendale www.aslcaserta.it Home page
Fruibilità	Tramite Desktop, Portatili, Cellulare
Responsabile dell'implementazione e manutenzione della Procedura	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione

Tab.36: Adesione vaccini

2-Adesione screening	
Denominazione procedura	ADESIONE SCREENING
Modalità di accesso	Tramite sito WEB aziendale www.aslcaserta.it Home page
Fruibilità	Tramite Desktop, Portatili, Cellulare
Responsabile dell'implementazione e manutenzione della Procedura	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione

Tab.37: Adesione screening

Tra i servizi al cittadino è stata ristrutturata la sezione in cui è possibile:

1. Prenotare gli screening
2. Acquisire i propri referti
3. Registrare gli screening eseguiti

Fig. 69



Fig: 70 Adesione screening tramite portale Web – ASL Caserta

PORTALE

Home / Portale Screening

ADERISCI AL PROGRAMMA DI SCREENING

L'ADESIONE E' FACILE E GRATUITA

Se non hai ricevuto la lettera-invito, puoi prenotare un appuntamento per effettuare uno dei 3 test di screening in uno dei centri di riferimento, tramite il seguente Portale dedicato al cittadino. Basta inserire il codice fiscale e gli ultimi 5 numeri della tessera sanitaria. Accedendo all'area riservata, puoi monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening.

Richiedi screening

Accedi all'area per richiedere uno screening compilando le apposite informazioni necessarie

[PROSEGUI](#) →

I tuoi screening

Accedi all'area per monitorare e aggiornare tutte le tue richieste di screening

[PROSEGUI](#) →

Registra Screening Eseguito

Accedi all'area per inserire e registrare uno screening eseguito in autonomia

[PROSEGUI](#) →

Fig. 71

INSERIRE I DATI

Codice Fiscale

Ultimi 5 numeri Tessera Sanitaria

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'[Informativa sulla Privacy](#)

☐ Autorizzo il trattamento dei dati forniti per le finalità sopra indicate. (se l'interessato è sottoposto a tutela, o comunque non ha capacità legale d'agire, tale autorizzazione deve essere prestata dai soggetti che hanno la rappresentanza legale)

AVANTI

Fig. 72

Come Accedere

Lo screening è semplice, gratuito e ti salva la vita!



Come Accedere

Esistono varie modalità per accedere allo Screening della mammella:

- 1 Tramite la **Lettera di invito**, in cui è indicata data e sede dell'esame;
- 2 Partecipando ad uno degli **Open Day**;
- 3 Chiamando il **Call Center al numero 800984043, da rete mobile 0823210545** (la telefonata è gratuita) dalle ore 08.00 alle ore 18.00 tutti i giorni feriali escluso il sabato;
- 4 Inserire la propria adesione nella specifica sezione del sito dell'ASL digitando i dati richiesti dal portale

RICHIEDI SCREENING

Una Diagnosi Precoce Puo' Salvare La Vita

Gentile signora dedichi 20 minuti del Suo tempo a Se Stessa!
La Mammografia è un'indagine non invasiva né dolorosa ed è l'unico strumento efficace per combattere il cancro al seno. Dati scientifici dimostrano che il cancro al seno è, tra le malattie tumorali, la prima causa di morte per le donne.

Le Ricordiamo:

- Di portare con sé gli esami precedenti (mammografia/ecografia/risonanza magnetica) se in Suo possesso;
- L'esame è totalmente **GRATUITO** e **NON** occorre ricetta medica;
- Se ne avrà bisogno le rilasceremo un certificato per giustificare l'assenza dal lavoro.

MAMMELLA

- Percorso Diagnostico Terapeutico
- Come Accedere**
- Dove Eseguire L'esame
- Cosa Fare Dopo
- Approfondimenti Ed Informazioni Utili

COLLO DELL'UTERO

COLON RETTO

MELANOMA

APPUNTAMENTI

- > **PROSSIMI APPUNTAMENTI**
- > **APPUNTAMENTI PASSATI**

APPROFONDIMENTI ED INFORMAZIONI UTILI

Fig.73 - Portale screening

L'ASL Caserta intende semplificare e rendere più immediata l'accessibilità alle informazioni sanitarie attraverso il proprio sito istituzionale. L'attuale portale, pur conforme ai principi di design della Pubblica Amministrazione, presenta una struttura informativa complessa e articolata su più tipologie di utenti, con conseguenti difficoltà di orientamento per il cittadino.

2.6.8.1 Interventi di innovazione digitale e ottimizzazione del portale istituzionale

Nel corso dell'anno sono stati realizzati specifici interventi finalizzati al miglioramento della trasparenza, dell'efficienza operativa e delle prestazioni del portale istituzionale aziendale. In particolare, è stato sviluppato e implementato il plugin **"Last Update"**, che consente di visualizzare la data dell'ultima modifica anche per i contenuti dinamici del sito (quali tabelle WordPress, database, griglie di articoli, bandi di gara ed elenchi dei dirigenti), assicurando all'utenza una chiara e immediata conoscenza dell'effettivo aggiornamento delle informazioni pubblicate, sia statiche sia dinamiche.

È stato inoltre introdotto un **sistema di caching avanzato**, basato su **W3 Total Cache** integrato con **Redis**, finalizzato all'ottimizzazione delle prestazioni complessive del portale. Tale configurazione ha determinato una significativa riduzione dei tempi medi di risposta, attestati su poche centinaia di millisecondi, con un conseguente miglioramento della velocità di navigazione e dell'esperienza utente.

Parallelamente, è stata effettuata una **revisione strutturale e gestionale delle pagine dedicate ai Servizi e ai Centri di Costo aziendali**. Grazie all'integrazione tramite **Web Services REST** con il Portale del Dipendente, è ora possibile gestire in modo centralizzato e aggiornato le informazioni relative a dirigenti, recapiti, attività ed équipe, consentendo interventi rapidi di aggiornamento e controllo e migliorando sensibilmente la qualità e l'affidabilità dei dati pubblicati.

Infine, è stata implementata una **gestione autonoma della sezione "Équipe"**, che acquisisce automaticamente i dati dal database **JSipe**, garantendo l'allineamento continuo delle informazioni. È stata altresì introdotta la possibilità di aggiornamento manuale dei dati, al fine di correggere eventuali discrepanze o incongruenze, assicurando un elevato livello di accuratezza e coerenza informativa.

2.6.8.2 Azioni realizzate per il potenziamento degli Screening Oncologici e della comunicazione digitale con il cittadino

Nel corso dell'anno sono state attuate specifiche azioni finalizzate a migliorare l'accessibilità ai servizi di screening oncologico e a rafforzare i canali di comunicazione digitale tra l'Azienda e i cittadini. In particolare, sul portale dedicato agli screening è stata sviluppata una nuova procedura che consente ai cittadini che effettuano esami di screening, sia presso i truck mobili sia presso i distretti sanitari, di consultare e scaricare i referti direttamente da remoto, mediante l'utilizzo di una password sicura rilasciata in fase di accettazione. Analoga funzionalità è stata implementata per la consultazione dei referti relativi a esami endoscopici e istologici, anch'essi accessibili tramite credenziali personali, contribuendo a semplificare l'accesso ai risultati, ridurre la necessità di spostamenti e migliorare la tempestività nella consegna degli esiti.

Parallelamente, è stato sviluppato un sistema integrato di **comunicazione multicanale** rivolto ai cittadini. In particolare, è stato realizzato un software di **invio centralizzato di comunicazioni email**, integrato con i flussi informatici aziendali, in grado di gestire invii massivi e allegati, anche in modalità cifrata. Tale strumento è attualmente utilizzato per l'invio degli inviti alle campagne di screening, dei referti ai medici, dei promemoria di prenotazione e dei referti ai cittadini, nonché per la gestione di risposte interattive che consentono di migliorare l'efficacia della comunicazione bidirezionale.

È stato inoltre implementato un modulo per l'invio di **SMS massivi**, integrato con la piattaforma Vodafone, che consente l'invio automatizzato di messaggi informativi e la gestione delle risposte dei cittadini. A supporto delle attività di informazione e prenotazione, è stato attivato un **numero dedicato su WhatsApp Business**, pubblicato nella sezione Screening del sito istituzionale, attraverso il quale i cittadini possono richiedere informazioni e fissare appuntamenti. Completa il sistema un **banner informativo** inserito nella homepage del sito aziendale, che consente ai cittadini di compilare un modulo di contatto per essere ricontattati da un operatore ASL ai fini della prenotazione degli screening oncologici.

2.6.8.3 Azioni realizzate per il potenziamento del Portale del Dipendente e della gestione delle informazioni dirigenziali

Nel corso dell'anno è stato sviluppato un sistema strutturato e integrato per la gestione dei ruoli, degli incarichi e della documentazione relativi alle dirigenze aziendali, sia in servizio sia cessate. Il sistema consente la classificazione degli incarichi per tipologia organizzativa (UOS, UOC, UOSD) e permette la consultazione e l'aggiornamento centralizzato delle informazioni relative al personale dirigente, migliorando la completezza e l'affidabilità dei dati gestiti.

È stata inoltre implementata una procedura dedicata alla gestione della documentazione personale, che consente ai dipendenti di inoltrare, tramite accesso al portale interno aziendale, richieste di aggiornamento o modifica dei propri documenti (quali curriculum vitae e dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità o inconferibilità). A supporto di tale funzionalità, è stata realizzata

un'interfaccia riservata agli operatori amministrativi che permette l'aggiornamento diretto della documentazione, anche in assenza di una richiesta preventiva da parte dell'interessato, garantendo tempestività e continuità operativa.

Gli aggiornamenti effettuati mediante il Portale del Dipendente sono automaticamente pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione dedicata all'elenco completo dei dirigenti, assicurando coerenza tra i sistemi informativi interni e la comunicazione esterna, nonché il rispetto degli obblighi di trasparenza.

2.6.8.4 Gestione delle assegnazioni del personale e delle collaborazioni

È stato sviluppato un sistema di **gestione centralizzata delle assegnazioni del personale** nelle diverse strutture dell'ASL Caserta, finalizzato a garantire un monitoraggio costante degli spostamenti, prevenire duplicazioni e ridurre la dispersione delle informazioni. Le assegnazioni gestite attraverso tale sistema sono rese disponibili sul sito istituzionale mediante integrazione tramite **Web Services REST**, sia nelle sezioni "Équipe" delle singole strutture sia nell'organigramma aziendale, assicurando coerenza e aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Parallelamente, è stato realizzato un **sistema strutturato per la gestione dei collaboratori e delle collaborazioni** dell'Azienda, inclusi gli incarichi legali, che consente la tracciabilità delle collaborazioni attive e cessate con riferimento alla qualifica, al progetto di incarico e al relativo compenso. Tutte le informazioni gestite attraverso la procedura sono rese pubblicamente consultabili nella sezione dedicata del sito istituzionale, in attuazione degli obblighi di trasparenza e a garanzia della massima accessibilità dei dati.

2.6.8.5 Flusso digitale per l'aggiornamento dei dati dei Servizi

È stato implementato un flusso digitale dedicato che consente ai Responsabili di Servizio e ai Responsabili di Centro di Costo di trasmettere richieste di aggiornamento dei dati relativi alle proprie strutture, quali recapiti telefonici, indirizzi, caselle di posta elettronica e attività svolte.

Il sistema assicura un aggiornamento costante, puntuale e verificato delle informazioni pubblicate, favorendo una gestione diretta e responsabile dei dati da parte dei referenti competenti e contribuendo a migliorare l'accuratezza, la coerenza e l'affidabilità delle informazioni rese disponibili sul sito istituzionale.

2.6.8.6 Rilevazione del benessere organizzativo del personale

È stata realizzata una pagina dedicata alla somministrazione di un **questionario anonimo** finalizzato alla rilevazione del livello di benessere organizzativo e della soddisfazione del personale dell'ASL di Caserta. Lo strumento è composto da circa cinquanta quesiti, con risposte strutturate su una scala di valutazione da 1 a 6, ed è volto a raccogliere informazioni utili sul clima lavorativo, sull'organizzazione delle attività e sulle relazioni professionali.

I dati raccolti attraverso il questionario costituiscono un significativo supporto conoscitivo per la Direzione aziendale, ai fini dell'elaborazione di strategie e interventi mirati al miglioramento del benessere lavorativo complessivo, della qualità dell'ambiente di lavoro e della performance organizzativa.

2.6.8.7 Procedure già attive tramite il portale aziendale www.aslcaserta.it

<i>Adesione vaccini</i>	<i>Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli utenti per le vaccinazioni anti covid-19</i>	<i>In House</i>	<i>Accesso diretto per tutti gli utenti che vogliono vaccinarsi con stampa del consenso</i>	<i>Accesso a tutti i cittadini</i>

Adesione Screening	Portale a valenza aziendale per raccogliere le prenotazioni degli screening oncologici	In House	Accesso diretto degli utenti alle prenotazioni degli screening con rilascio del PIN Code per lo scarico del referto dello screening effettuato	Accesso per tutti i cittadini (1736 contatti)
Anagrafica dipendenti per centro di costo	Portale che gestisce la corretta imputazione del personale per Centro di Costo	In House	Portale con accesso a tutti i direttori delle Macrostrutture aziendali	22 utenti
Gestione Richiesta Credenziali	Portale che gestisce le richieste delle varie tipologie di credenziali	In House	Modalità on line di richiesta delle credenziali	Tutti i Direttori delle Macrostrutture n. 54
Gestione Richiesta Hardware e manutenzione	Portale che gestisce le richieste delle varie tipologie di attrezzature Hardware	In House	Modalità on line di richiesta del materiale Hardware	Tutti i Direttori delle Macrostrutture n. 54
Indoor Navigation	Attivata nei PPOO di Aversa e Marcianise una piattaforma innovativa che estende le funzionalità della tecnologia GPS per aiutare utenti disabili all'accesso nei due PPOO localizzando gli ambulatori che erogano le prestazioni specialistiche per le quali sono prenotati			Gara Mepa

Tab.38: Procedure attive su portale aziendale www.aslcaserta.it

Informatizzazione della cartella clinica nei PPOO di Aversa, S Maria CV, Sessa A., Maddaloni e Piedimonte Matese	Estensione dell'informatizzazione della Cartella Clinica Informatizzata in altre tre PPOO	Adesione a Convenzione CONSIP
Rilascio della copia della cartella clinica tramite Speed nei PPOO dove è attiva la Cartella Elettronica	Attraverso la realizzazione di uno specifico portale aziendale sarà possibile il rilascio di cartelle clinica per ricoveri avvenuti nei PPOO nei quali è attiva la cartella clinica elettronica.	In House
Rilascio On line di certificati, attestati ed altra documentazione sanitaria	Accesso al portale aziendale tramite speed da parte degli utenti per acquisire certificazioni sanitarie, autorizzazione etc.	In House

Tab.39: Procedure da realizzare nel 2026

2.6.8.8 Chatbot TIDIO e Canali Social

Al fine di migliorare l'interazione con l'utenza e facilitare l'accesso alle informazioni sanitarie, l'ASL Caserta ha integrato il sito istituzionale con un sistema avanzato di assistenza virtuale, la **chatbot "TIDIO"**, attiva dal 15 novembre 2023.

La chatbot rappresenta uno strumento innovativo di orientamento ai servizi aziendali e consente ai cittadini di accedere in modo rapido e intuitivo a informazioni e funzionalità quali l'utilizzo dei principali servizi online, la ricerca di numeri utili e sedi (ospedali, guardie mediche, distretti), il download della modulistica e il collegamento ai canali social istituzionali.

Il sistema opera secondo un modello integrato: in una prima fase supporta l'utente nella ricerca autonoma delle informazioni; qualora la richiesta non trovi riscontro immediato, è prevista l'interazione con operatori dedicati, che indirizzano l'utente verso le sezioni corrette del portale o forniscono assistenza diretta per quesiti più complessi. Tale modalità consente di coniugare automazione e supporto umano, migliorando l'efficacia complessiva del servizio.

L'introduzione della chatbot si inserisce in un più ampio processo di semplificazione e digitalizzazione dei canali di comunicazione, finalizzato a rendere l'Azienda più accessibile, reattiva e vicina ai cittadini. Anche nel 2025 lo strumento si è confermato strategico, contribuendo allo snellimento dei canali tradizionali (centralini, sportelli, e-mail), al miglioramento dell'esperienza utente, all'aumento dell'accessibilità ai servizi e alla riduzione dei tempi di attesa, garantendo un servizio attivo 24/7.

Nel periodo 1° gennaio 2025 – 9 dicembre 2025, la chatbot ha registrato i seguenti risultati:

- **Totale interazioni:** 5.476
- **Conversazioni live:** 3.703
- **Conversazioni gestite dagli operatori ASL:** 3.709
- **Tasso di soddisfazione:** 3,6/5
- **Durata media della conversazione:** 10 minuti e 45 secondi

Tali risultati confermano il contributo dello strumento al miglioramento della comunicazione istituzionale e alla creazione di valore pubblico attraverso servizi digitali più efficienti, tempestivi e orientati ai bisogni dell'utenza.

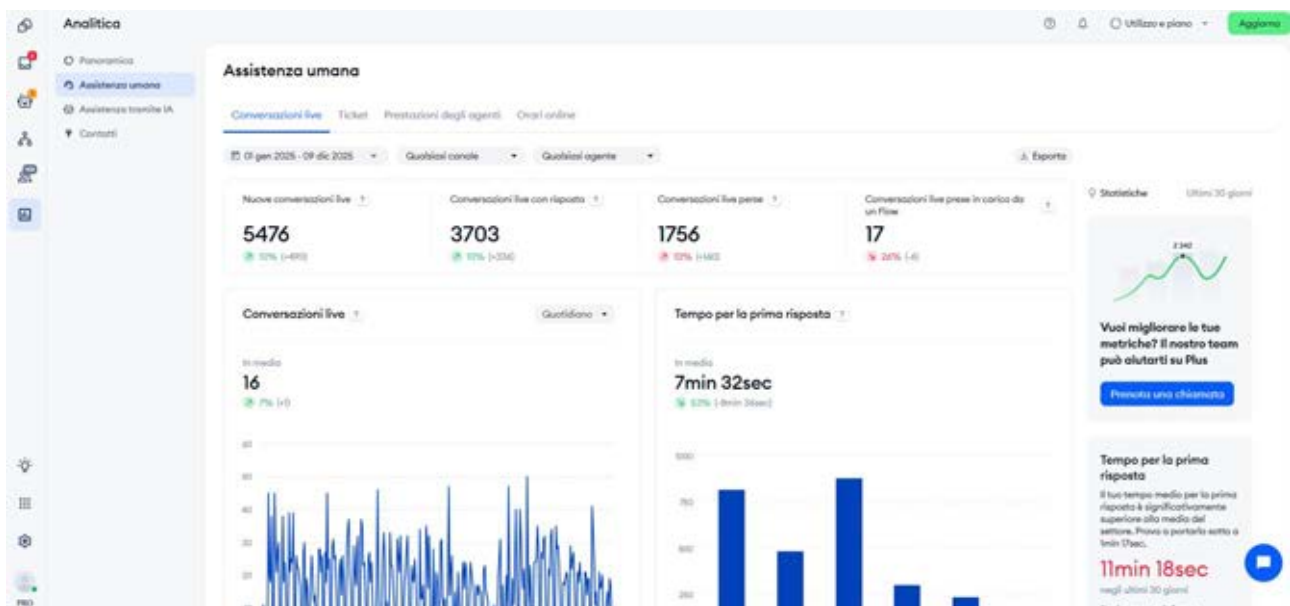


Fig.74

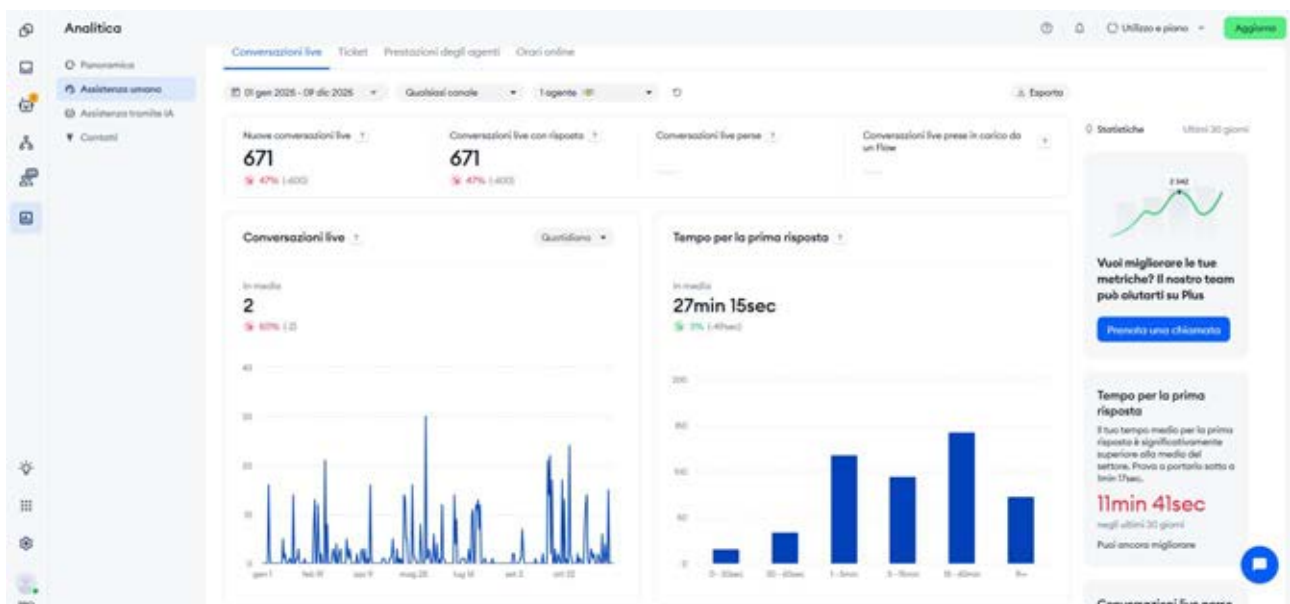


Fig.75

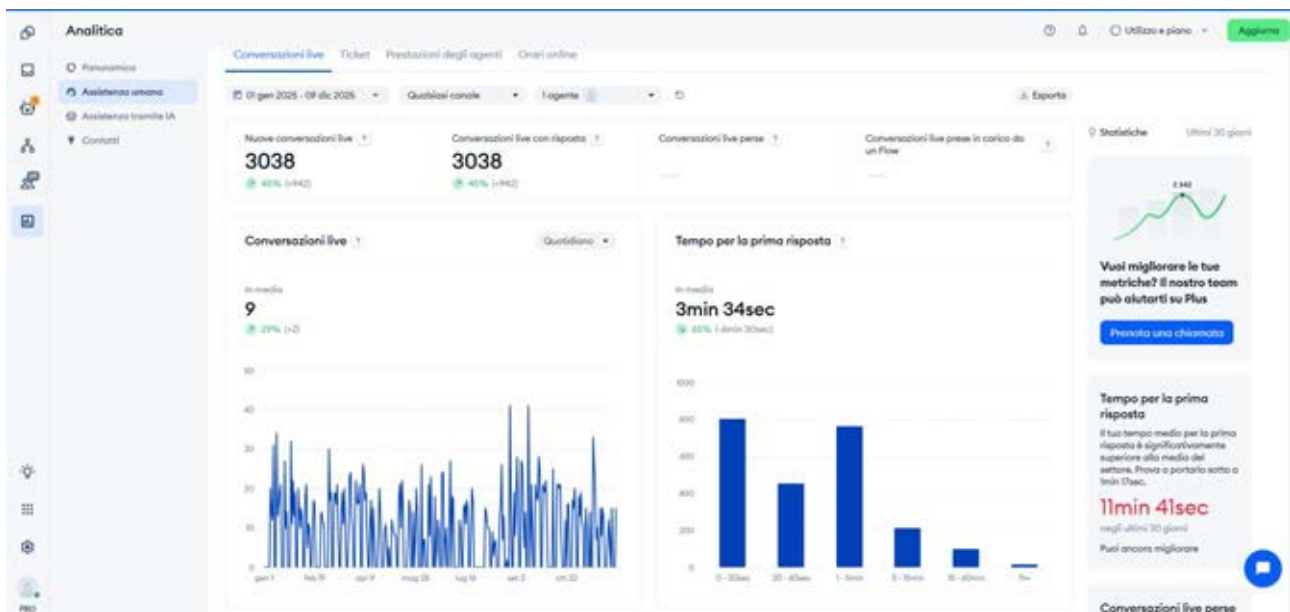


Fig.76

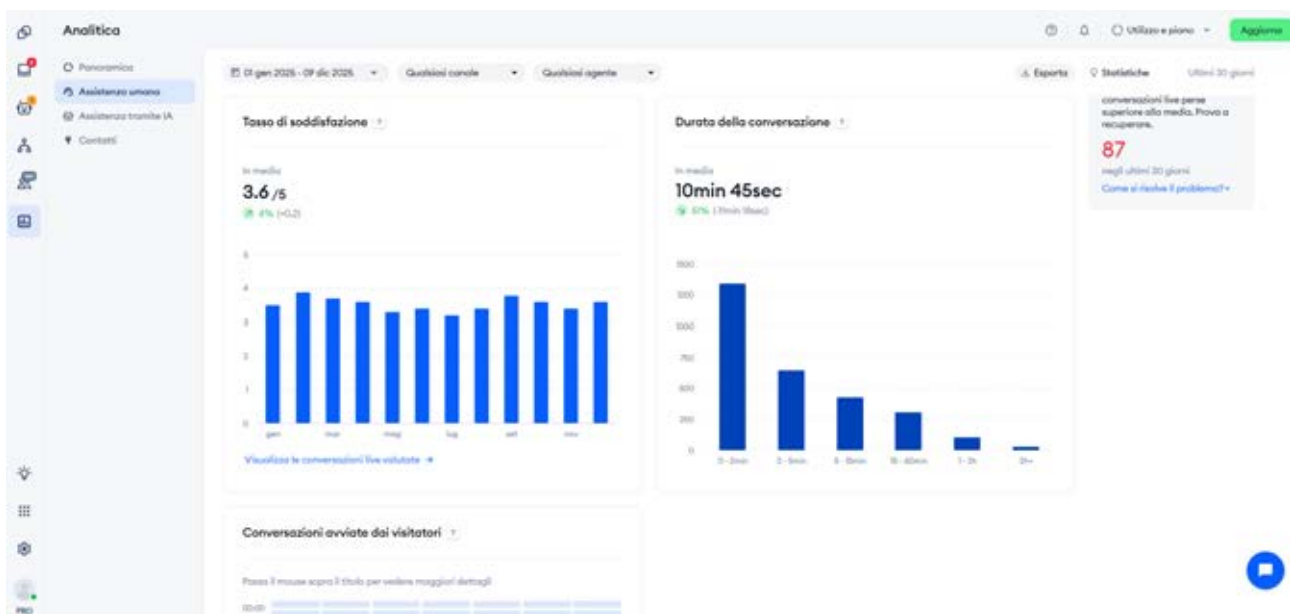


Fig. 77

L'ASL Caserta riconosce il ruolo centrale dei social media come strumento strategico per creare un dialogo semplice, rapido ed efficace con i cittadini-utenti.

I canali social sono gestiti dal Servizio Anticorruzione, Trasparenza e Privacy e rappresentano un supporto essenziale per rimanere aggiornati su servizi, approfondimenti e news e un importante supporto per l'Amministrazione nella possibilità concreta di creare un dialogo semplice, rapido, efficace con il cittadino

L'ASL è attiva sulle principali piattaforme, **Facebook, Instagram, Telegram, YouTube, LinkedIn.**

2.6.8.9 App Mobile per la Indoor Navigation – Arianna

Per facilitare l'accessibilità fisica alle strutture aziendali e migliorare l'esperienza dell'utenza, l'ASL di Caserta ha realizzato e rilasciato, sugli *store* ufficiali (iOS e Android), una nuova applicazione di navigazione *indoor* denominata **"Arianna Caserta"**.

L'implementazione è iniziata con il Presidio Ospedaliero di Aversa in qualità di struttura pilota, e successivamente estesa a tutti i presidi aziendali.

"Arianna Caserta" è stata progettata per semplificare l'orientamento e guidare in modo efficace pazienti e visitatori – inclusi utenti non vedenti o ipovedenti – all'interno della struttura, garantendo un percorso agevole verso la destinazione desiderata (reparti, ambulatori, sale d'attesa, ecc.).

L'app offre molteplici funzionalità per ottimizzare la navigazione interna:

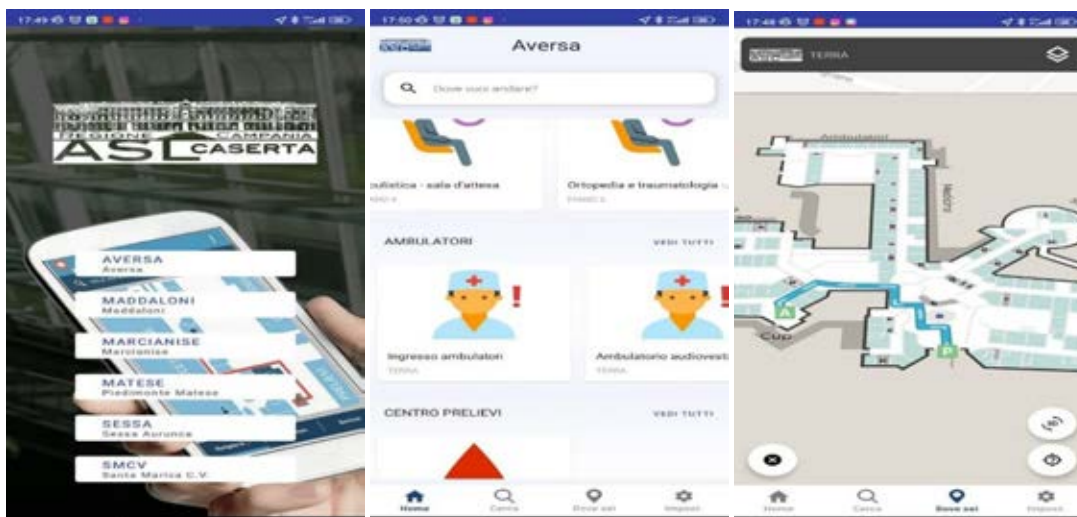
- **Mappa Interattiva:** Fornisce una mappa dettagliata e intuitiva del presidio, visualizzando l'ubicazione di reparti, ambulatori e servizi.
- **Pianificazione Intelligente del Percorso:** Calcola automaticamente il tragitto più breve e conveniente dalla posizione attuale alla destinazione desiderata, fornendo indicazioni chiare e dettagliate passo dopo passo.
- **Indicazioni Vocali:** Offre una guida vocale in tempo reale, consentendo all'utente di seguire il percorso senza dover consultare costantemente lo schermo del dispositivo.
- **Identificazione dei Punti di Interesse (POI):** Mostra i servizi essenziali lungo il percorso, come ascensori, servizi igienici, distributori automatici e altre aree rilevanti.
- **Informazioni Aggiuntive:** Permette di accedere ai dettagli dei POI, ottenendo informazioni utili come orari di apertura, numeri di telefono di reparti specifici e l'identificazione dei medici di turno.

L'introduzione di "Arianna Caserta" rappresenta un significativo passo avanti nell'impegno aziendale verso l'innovazione digitale e l'inclusività nell'erogazione dei servizi sanitari.

Fig.78



Fig.79



2.7 La Carta dei Servizi

La **Carta dei Servizi** rappresenta uno degli strumenti fondamentali attraverso cui l'ASL Caserta concorre alla creazione di Valore Pubblico, in quanto rende espliciti e verificabili gli impegni assunti dall'Azienda nei confronti dei cittadini-utenti in termini di accessibilità, qualità, appropriatezza e continuità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati. In coerenza con le direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M. 7 settembre 1995), la Carta dei Servizi assolve a una funzione non solo informativa, ma anche di tutela dei diritti dell'utenza, di orientamento ai bisogni e di responsabilizzazione dell'Amministrazione rispetto ai livelli di servizio dichiarati.

L'inserimento della Carta dei Servizi nella Sezione dedicata al Valore Pubblico è motivato dal suo ruolo di leva strategica di relazione e fiducia tra l'Azienda e la comunità di riferimento, nonché dalla sua capacità di contribuire al miglioramento del benessere economico, sociale e assistenziale dei cittadini. Attraverso la Carta dei Servizi, l'Azienda esplicita le modalità di accesso alle prestazioni, gli standard qualitativi attesi, i diritti e i doveri degli utenti e i canali di partecipazione e tutela, favorendo una maggiore consapevolezza e una fruizione più equa ed efficace dei servizi.

Nel corso degli ultimi due anni, l'ASL Caserta ha avviato un processo sistematico di aggiornamento delle Carte dei Servizi dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti, al fine di garantirne l'allineamento con l'evoluzione dell'organizzazione aziendale, dei modelli assistenziali e dei bisogni della popolazione. Le Carte aggiornate sono rese disponibili sul sito istituzionale dell'Azienda, quale ulteriore strumento di accountability, partecipazione e miglioramento continuo, e sono consultabili al seguente link: <https://www.aslcaserta.it/index.php/carta-dei-servizi/>

2.8 Programma Nazionale Equità nella Salute

Il Programma Nazionale Equità nella Salute, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione Europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022.

L'obiettivo fondamentale del PNES è rafforzare i servizi sanitari e sociosanitari e renderne più equo e universale l'accesso, in particolare nelle sette Regioni del Mezzogiorno (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia), che storicamente presentano maggiori difficoltà nell'erogazione delle prestazioni e maggiori divari di salute.

Il Programma persegue l'Obiettivo di Policy 4, mirato a un'"Europa più sociale e inclusiva" attraverso l'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali.

- Il PNES si articola in quattro aree prioritarie e strettamente interconnesse, per le quali è urgente un intervento a livello nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale:
- Contrastare la Povertà Sanitaria: Intervenire sulle barriere socio-economiche che impediscono l'accesso alle cure e migliorare la presa in carico delle persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica.
- Prendersi Cura della Salute Mentale: Rafforzare i servizi esistenti, migliorare l'offerta assistenziale e l'integrazione con i servizi sociali.
- Il Genere al Centro della Cura: Potenziare l'organizzazione della rete dei Consultori Familiari e l'offerta di prestazioni in un'ottica di medicina di genere.
- Maggiore Copertura degli Screening Oncologici: Aumentare la partecipazione della popolazione agli screening (mammella, cervice uterina, colon retto) per la diagnosi precoce.

L'ASL Caserta attua il PNES attraverso la realizzazione di progetti concreti di potenziamento strutturale, tecnologico e delle risorse umane.

Il dettaglio delle iniziative poste in essere dall'Azienda è visualizzabile, per ciascuna linea di intervento, al seguente indirizzo: <https://www.aslcaserta.it/index.php/pnes-programma-nazionale-equita-nella-salute/>

PNES – Contrastare la povertà sanitaria

L'area di intervento contempla la realizzazione di interventi ad elevata integrazione sociosanitaria e multiservizio di educazione alla salute, di prevenzione e di intercettazione precoce dei fattori di rischio e dei danni sanitari, distribuzione farmaci e azioni di odontoiatria sociale nelle aree di vulnerabilità socioeconomica che rappresentano la popolazione target del progetto. Il litorale domitio, l'agro aversano e le zone interne alle pendici del Matese sono i territori in cui risulta più urgente intervenire con le attività di *outreach* e di accompagnamento ai presidi sanitari già operativi.

I progetti rientrati sono così identificati:

- Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica (autisti FTE, medici di continuità assistenziale, infermieri);
- Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni;
- Mediazione di sistema, allo scopo di migliorare l'accesso, la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari per le popolazioni delle zone che risiedono nelle zone individuate;
- Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di *outreach*;
- Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche;
- Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target.

PNES – Prendersi cura della salute mentale

L'area di intervento si divide in tre progetti:

- Implementazione del servizio di psicologia di base: nel rispetto delle disposizioni normative, è volto al rafforzamento del Servizio distrettuale di psicologia di base a sostegno delle cure primarie attraverso il conferimento di incarichi professionali per ampliare le attività di intercettazione e prevenzione dei disturbi psicologici presso le fasce più deboli della

popolazione ed in particolare dei bambini, degli adolescenti, degli anziani, dei pazienti oncologici, nonché di quelli genere-specifici.

- Attivazione sperimentale di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati: finalizzato a progettare ed attivare il modello “budget di salute con la persona”. I PTRI finanziati con budget di salute sono incentrati sulle esigenze e sui bisogni delle persone con problemi di salute mentale già prese in carico dai servizi sanitari e/o sociali territorialmente competenti e prevedono anche forme di co-progettazione e cogestione con gli ETS da realizzare in base ad un progetto riabilitativo incentrato sulle esigenze della persona con problemi di salute mentale.
- Adeguamento strutturale e infrastrutturale: il progetto finanzia l'adeguamento, incluso l'ampliamento degli spazi dedicati, l'acquisto di beni mobili, di strumenti e attrezzature a supporto dei servizi erogati, il potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche, le modifiche strutturali e i dispositivi per assicurare l'accesso e la fruizione anche alle persone con disabilità sensoriale, interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria e comunque azioni volte a migliorare la recettività delle strutture sanitarie.

PNES – Il Genere al centro della Cura

L'Area di intervento si divide in tre progetti:

- Attività formative orientate al genere: il progetto si articola in due azioni. L'azione 1 prevede un'attività di formazione volta all'innalzamento delle competenze degli operatori sanitari dei consultori attraverso corsi di formazione orientati al genere e mirati sulle questioni connesse alla fisiopatologia genere-specifica e sulla promozione di approcci socio-sanitari appropriati anche agli orientamenti sessuali non binari. La seconda azione prevede, invece, che gli operatori formati avviino campagne di informazione e formazione nelle scuole per studenti e docenti. Si prevedono, inoltre, campagne formative sull'influenza delle differenze biologiche definite dal sesso e socioeconomiche e culturali definite dal genere sullo stato di salute e di malattia di ogni persona;
- Adeguamento infrastrutturale delle sedi consultoriali: il progetto finanzia l'adeguamento, incluso l'ampliamento degli spazi dedicati, l'acquisto di beni mobili, di strumenti e attrezzature a supporto dei servizi erogati, il potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche, le modifiche strutturali e i dispositivi per assicurare l'accesso e la fruizione anche alle persone con disabilità sensoriale, interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria e comunque azioni volte a migliorare la recettività delle strutture sanitarie;
- Acquisizione di apparecchiature diagnostiche dedicate alla prevenzione e diagnosi delle malattie genere sensibili: il progetto sostiene l'acquisizione di apparecchiature diagnostiche dedicate alla prevenzione e diagnosi delle malattie genere sensibili per favorire, potenziare e adeguare i servizi dei consultori familiari.

PNES – Maggiore copertura degli screening oncologici

L'area di intervento si divide in quattro progetti:

- Azioni volte all'implementazione dei tre screening principali: il progetto prevede l'assunzione di personale a tempo determinato per la gestione degli inviti e delle procedure amministrative, anche informatiche, relative alla popolazione target che accetta di essere inserita nei programmi di screening del territorio di competenza dell'azienda. Il personale ingaggiato, in particolare, curerà la gestione dei programmi di implementazione messi in atto dall'ASL. Inoltre, potrà predisporre strumenti per il *counseling* e il supporto psicologico di quanti sono richiamati per la ripetizione del test, per accertamenti diagnostici di secondo livello o per essere indirizzati alla terapia, servendosi della collaborazione dello psicologo di base;

- Realizzazione attività formative rivolte agli operatori aziendali degli screening oncologici inclusi quelli di nuova assunzione dedicati ai servizi erogati su mezzi mobili per il miglioramento della qualità dei tre screening mammella, cervice e colon retto: il progetto propone attività formative rivolte agli operatori aziendali degli screening oncologici allo scopo di migliorare la qualità delle prestazioni sia in termini di standard qualitativi che di efficienza dello screening. Saranno individuati percorsi formativi specifici per gli MMG con particolare riguardo agli aspetti relativi all'ambito relazionali, realizzati in accordo con l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening). Le azioni formative avranno come obiettivo quello di arricchire le competenze degli operatori sanitari e fornire strumenti innovativi e culturalmente mirati per informare e sensibilizzare la popolazione al fine di migliorare l'adesione ai programmi di screening oncologici da parte di tutta la popolazione e, in particolare, degli immigrati e dei gruppi vulnerabili;
- Screening diffusi: l'azienda prevede di realizzare una mappatura dei punti screening suddivisi in base alle tre tipologie nonché alla mappatura di situazioni di disagio socio-economico, come ad esempio gli STP ENI presenti sul territorio. La mappatura sarà integrata con i dati eventualmente raccolta nell'ambito di altri programmi. La rilevazione dei dati dell'assistenza sanitaria erogata sul territorio consentirà di orientare al meglio gli interventi previsti per la maggiore adesione agli screening. Il progetto, invece, fornisce elementi utili per una comunicazione mirata a promuovere la conoscenza dei programmi di screening messi a disposizione dei servizi;
- Adeguamento infrastrutturale e tecnologico degli spazi esistenti per gli screening: il progetto finanzia l'adeguamento, incluso l'ampliamento degli spazi dedicati, l'acquisto di beni mobili, di strumenti e attrezzature a supporto dei servizi erogati, il potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche, le modifiche strutturali e i dispositivi per assicurare l'accesso e la fruizione anche alle persone con disabilità sensoriale, interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria e comunque azioni volte a migliorare la recettività delle strutture sanitarie.

2.8 E.S.G. (*Environmental, Social, Governance*)

L'acronimo ESG (*Environmental, Social, Governance*) definisce i tre pilastri fondamentali su cui si misura oggi la capacità di un'organizzazione di generare valore nel tempo, coniugando l'efficienza operativa con la sostenibilità etica e ambientale. Per l'Azienda Sanitaria, l'adozione di questi criteri non rappresenta solo un impegno morale, ma una risposta concreta alle crescenti aspettative degli stakeholder (pazienti, dipendenti, istituzioni e comunità locale).

I Tre Pilastri della Sostenibilità Sanitaria

- *Environmental* (Dimensione Ambientale): Riguarda l'impronta ecologica delle strutture sanitarie. In un settore ad alta intensità di risorse, ciò si traduce in strategie per la decarbonizzazione, l'efficientamento energetico dei presidi ospedalieri, la gestione circolare dei rifiuti speciali e la riduzione dello spreco idrico. L'obiettivo è una "Sanità Verde" che riconosca il legame diretto tra salute dell'ambiente e salute dell'uomo.
- *Social* (Dimensione Sociale): Si focalizza sul valore delle persone. Include la garanzia di un accesso equo e universale alle cure, la valorizzazione del capitale umano attraverso la formazione continua, la promozione della parità di genere e la tutela della sicurezza sul lavoro. Estende inoltre il proprio raggio d'azione al benessere delle comunità locali, combattendo le disuguaglianze sanitarie territoriali.
- *Governance* (Dimensione Etica e Gestionale): Rappresenta l'impalcatura dei processi decisionali. Si fonda sulla trasparenza amministrativa, sulla prevenzione della corruzione, sull'integrità dei sistemi di bilancio e sulla capacità degli organi direttivi di rendere conto (*accountability*) dei risultati raggiunti, non solo in termini clinici ma anche di impatto sociale.

Il passaggio da un modello di gestione puramente prestazionale a uno sostenibile è guidato dalla spinta di diversi attori chiave:

- **Pazienti e Comunità Locali:** Esigono che l'ospedale non sia solo un luogo di cura, ma un attore responsabile nel territorio. La richiesta di una gestione oculata dei rifiuti sanitari e l'investimento in tecnologie a basso impatto (es. mobilità elettrica aziendale, telemedicina per ridurre gli spostamenti) rispondono a una precisa istanza di tutela della salute pubblica ambientale.
- **Personale e Stakeholder Interni:** La richiesta di equità, inclusione e benessere organizzativo spinge l'Azienda a implementare politiche di work-life balance e a rafforzare il contrasto a ogni forma di discriminazione, migliorando così la qualità del clima lavorativo e, di riflesso, l'efficacia delle cure.
- **Istituzioni e Regolatori:** La spinta verso la trasparenza e la digitalizzazione dei processi (es. monitoraggio in tempo reale degli obiettivi ESG) è oggi un requisito fondamentale per l'accesso ai finanziamenti e per la legittimazione istituzionale dell'operato pubblico.

In questo scenario, l'Azienda si impegna a integrare i parametri ESG all'interno dei propri flussi organizzativi, passando da una logica di "adempimento" a una di "valore". Questo percorso prevede l'adozione di sistemi di monitoraggio oggettivi.

Per questo motivo l'Azienda ha avviato e concluso un progetto collaborativo con la Startup dell'Universitaria ERMES s.r.l. dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" attraverso il quale sono state mappate le pratiche aziendali sostenibili e sviluppando una politica di sostenibilità, con il coinvolgimento dapprima dei soli distretti sanitari e successivamente dei presidi ospedalieri aziendali. L'obiettivo principale è stato quello di favorire la progettazione, l'attuazione e lo sviluppo di linee guida strategiche per la misurazione e integrazione delle tematiche ambientali, sociali e di *governance*, nelle pratiche gestionali. Il percorso ha inteso tradurre i principi della sostenibilità in leve operative di miglioramento continuo, *accountability* e creazione di valore pubblico nel rispetto delle peculiarità del contesto sanitario territoriale.

Il progetto si è sviluppato in più fasi:

- o **Fase 1 - Formazione e costruzione della consapevolezza organizzativa:** tale fase si poneva l'obiettivo di porre le fondamenta culturali per l'integrazione dei criteri ESG favorendo la comprensione condivisa dei concetti e degli standard di sostenibilità. Il punto di partenza è stato un percorso formativo di 4 ore erogato da remoto che ha esplorato le principali tematiche in materia (concetto di CSR e *One Health*; rendicontazione pubblica e valore pubblico; standard internazionali; buone pratiche; criteri ESG per il contesto sanitario);
- o **Fase 2 – Costruzione di un sistema di misurazione ESG su misura:** l'obiettivo di tale fase è stato quello di sviluppare un sistema di indicatori ESG personalizzato, coerente con la missione dell'Ente e allineato con i riferimenti normativi nazionali e scientifici. Si è provveduto, pertanto, ad una revisione della letteratura scientifica e della normativa di riferimento; all'analisi dei principali modelli gestionali e allo studio delle esperienze più avanzate in termini di misurazione della sostenibilità in ambito sanitario. Il risultato è una prima bozza del sistema di misurazione composta da 87 KPI (33 ambientali, 38 sociali e 16 di *governance*);
- o **Fase 3 – Validazione partecipata degli indicatori ESG:** nella terza fase è stata sviluppata una *survey online* rivolta alle Direzioni dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Sanitari e delle principali unità organizzative al fine di: raccogliere dati quali/quantitativi sul livello di maturità ESG delle singole strutture; rilevare l'utilizzabilità concreta di ciascun

indicatore; identificare indicatori prioritari e condivisi su scala aziendale. L'analisi delle risposte ha portato ad una selezione finale di 55 indicatori ritenuti funzionali per il sistema di monitoraggio integrato e sostenibile;

- o Fase 4 – Sperimentazione e rilevazione estese: in questa fase il sistema è stato testato su due strutture campione: Presidio Ospedaliero di Marcianise e Distretto 17/19. La somministrazione del *survey* ha consentito di: valutare la chiarezza e rilevanza delle domande; misurare i tempi di compilazione e la disponibilità dei dati; raccogliere feedback da parte degli operatori. La fase pilota ha permesso di costruire le condizioni operative per estendere le condizioni operative per estendere la rilevazione a tutti i distretti e presidi;
- o Fase 5 – Sviluppo dei report e linee guida: nell'ultima fase sono stati prodotti e inviati a ciascuna struttura dell'Azienda dei report personalizzati articolati su tre livelli: analisi del posizionamento rispetto ai 55 KPI, confronto interno tra strutture e indicazioni operative per il miglioramento. I report sono stati prodotti attraverso incontri partecipati favorendo il confronto e la riflessione condivisa.

Di seguito le iniziative già messe in atto:

- Iniziative Ambientali:
- Installazione di pannelli solari e sistemi di illuminazione a LED per migliorare l'efficienza energetica.
- Iniziative Sociali:
- Accesso equo ai servizi;
- Potenziamento dei servizi territoriali per garantire cure più vicine ai cittadini, riducendo le disuguaglianze.
- Implementazione di programmi di telemedicina per raggiungere pazienti in aree remote.
- Benessere del personale sanitario:
- Avvio di percorsi di supporto psicologico per il personale, particolarmente necessario dopo la pandemia.
- Inclusione e diversità:
- Campagne interne per promuovere l'equità di genere e valorizzare la diversità nel luogo di lavoro.
- Iniziative di *Governance*:
- Rafforzamento della trasparenza: Pubblicazione regolare di bilanci per informare gli stakeholder sui progressi raggiunti; Introduzione di strumenti digitali per rendere accessibili informazioni chiave, come tempi di attesa.

3. Performance

3.1 Il sistema di misurazione e valutazione della performance in ASL Caserta

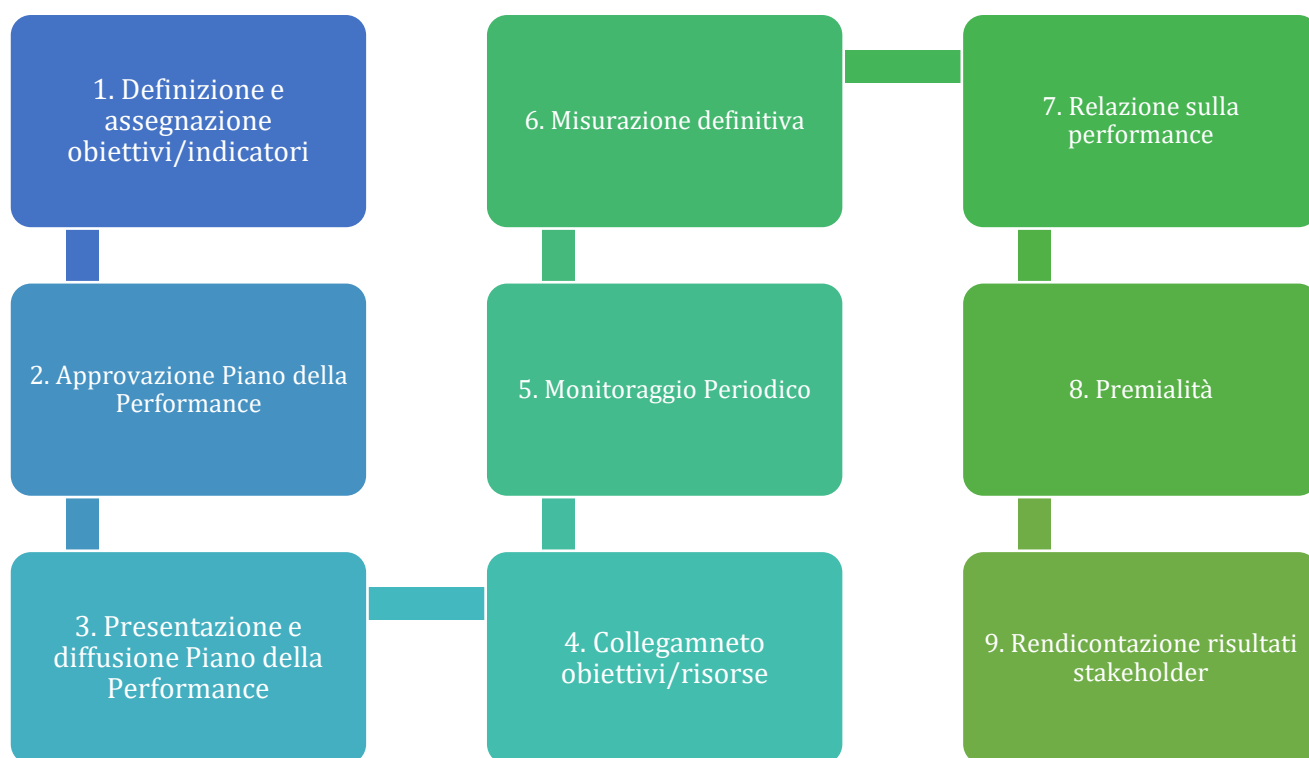
La valutazione della performance in ASL Caserta, segue i dettati del Decreto Legislativo 150/2009 e dei Regolamenti Aziendali tenendo conto, non solo delle esigenze di carattere puramente aziendale, ma anche della necessaria integrazione con l'attività di programmazione politica regionale.

Le scadenze temporali possono essere così riassunte:

- al 31 gennaio: adozione del PIAO, documento programmatico previsto dall'articolo 6 del Decreto-legge n.80 del 9 giugno 2021 che assorbe molti dei piani che le P.A. erano tenute a predisporre annualmente, tra cui il Piano della performance;

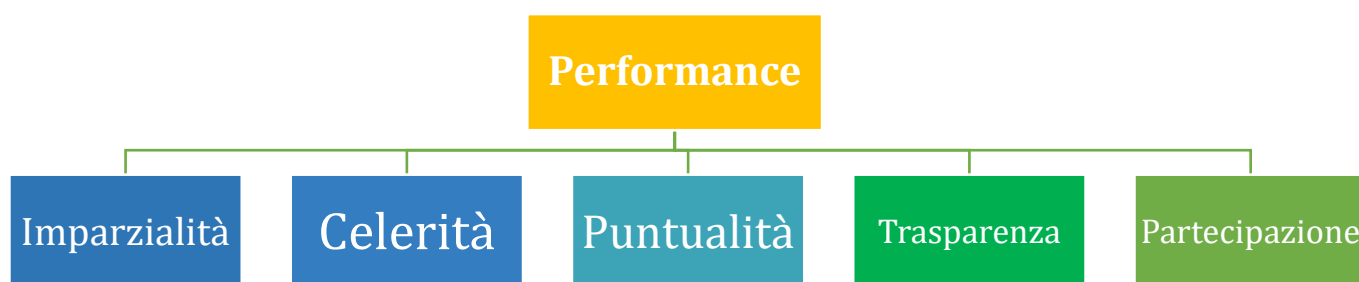
- Al 28 febbraio: assegnazione/sottoscrizione degli obiettivi con i Direttori di Dipartimento Unità organizzativa (performance organizzativa);
- Al 15 marzo: assegnazione degli obiettivi ai dipendenti delle unità organizzative (performance individuale);
- Monitoraggio intermedio: in particolare è prevista entro luglio di ogni anno la predisposizione di una Relazione semestrale come strumento di monitoraggio.
- Monitoraggio finale.

Fig.80 Fasi del Ciclo della Performance



Il sistema di valutazione aziendale si ispira ai criteri di: imparzialità, celerità, puntualità, trasparenza, informazione e partecipazione di tutti i soggetti coinvolti.

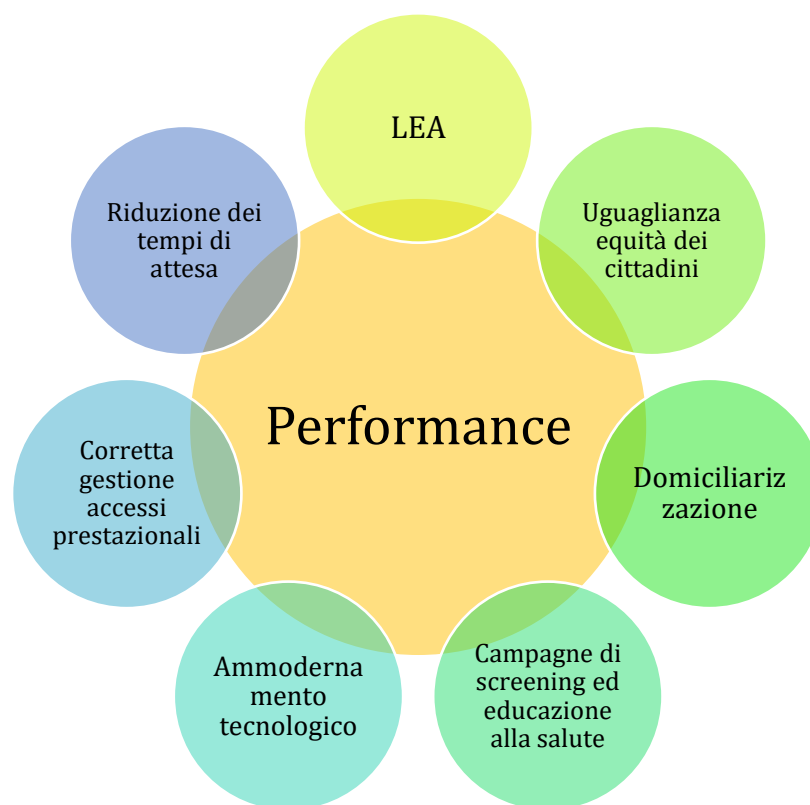
Fig.81 Criteri Performance



L'azienda persegue i seguenti obiettivi e linee strategiche:

- Garantire i livelli essenziali di assistenza;
- Garantire a tutti i cittadini parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute ed equità di trattamento, senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche;
- Garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione
- efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- Garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- Promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- Promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e sociosanitari;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- Promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- Promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;
- Attuare campagne di educazione e promozione della salute;
- Incrementare le Risorse Umane con un piano straordinario di assunzione e di stabilizzazione del personale precario e di formazione/aggiornamento per quello esistente;
- Promuovere interventi di radicale ammodernamento tecnologico;
- Definire un Piano di utilizzo ottimale delle risorse: investimenti e edilizia sanitaria;
- Migliorare il confort ospedaliero e dei servizi alberghieri;
- Rafforzare, inoltre, la funzione di committenza rispetto ai fabbisogni della popolazione;
- Attivare un programma aziendale di investimenti in sanità Digitale per tendere alla migliore governance del sistema salute-sanità per accogliere in tempo reale i dati del rapporto domanda di salute-offerta di servizio (big data) con uno stanziamento triennale di 1,5 milioni di euro con particolare riferimento alla *ehealth* e *ICT* ed in particolare potenziare la gestione informatizzata delle patologie croniche.

Fig.82 Obiettivi della Performance



In attuazione di quanto previsto dalla **Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023**, al sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance si affiancano ulteriori obiettivi strategici, finalizzati al rafforzamento della qualità e dell'efficacia dei processi valutativi, tra cui:

- il miglioramento dell'efficacia e dell'utilità dei sistemi di valutazione della performance individuale della dirigenza, valorizzando la **leadership** quale leva abilitante per il buon funzionamento delle strutture e per il conseguimento degli obiettivi organizzativi;
- la promozione di nuove e più evolute forme di **premialità**, correlate al raggiungimento di elevati livelli di performance individuale e organizzativa, in un'ottica di valorizzazione del merito e di riconoscimento del contributo professionale all'interno delle macrostrutture aziendali;
- l'introduzione di **meccanismi di rewarding** dedicati al personale che abbia apportato un contributo significativo al miglioramento complessivo delle performance dell'Azienda;
- la sperimentazione e l'integrazione di **modalità innovative di valutazione della performance**, quali la valutazione dal basso (con espressione anonima del giudizio da parte dei collaboratori), la valutazione tra pari e la valutazione da parte di stakeholder esterni, al fine di rendere il sistema valutativo più partecipato, oggettivo e orientato al miglioramento continuo.

La valutazione della performance organizzativa e individuale è disciplinata e regolamentata dai seguenti atti aziendali:

- **Deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 3 febbraio 2023**, recante la presa d'atto del *Regolamento aziendale in materia di Sistema di misurazione e valutazione della performance – Area Dirigenti* dell'ASL Caserta;
- **Deliberazione del Direttore Generale n. 2155 del 21 dicembre 2023**, recante la presa d'atto del *Contratto Collettivo Integrativo Aziendale – CCNL 2019/2021 Comparto Area Sanità*.

3.2 La valutazione dell'Area Dirigenti in ASL Caserta

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 3 febbraio 2023**, l'ASL Caserta ha adottato il **Regolamento aziendale in materia di Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Area Dirigenziale**, in attuazione del quadro normativo e contrattuale vigente.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è finalizzato a garantire un'efficace gestione delle risorse umane e organizzative, orientando l'azione dirigenziale al conseguimento degli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda e al miglioramento continuo dei servizi erogati. In particolare, il processo di misurazione e valutazione persegue i seguenti obiettivi:

1. valorizzare il merito e promuovere la crescita delle competenze professionali, anche attraverso sistemi premianti fondati sui risultati conseguiti, nel rispetto dei principi di pari opportunità, trasparenza e corretto utilizzo delle risorse;
2. riconoscere e valorizzare la qualità dell'impegno e il contributo individuale e organizzativo al raggiungimento di elevati livelli di performance;
3. verificare sistematicamente i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati;
4. migliorare la qualità dei servizi offerti e accrescere il livello di soddisfazione degli utenti.

Ai sensi dell'art. 1 del Regolamento, l'adozione del Sistema consente di migliorare le modalità di definizione, comunicazione e monitoraggio degli obiettivi, supportare i processi decisionali, gestire in modo più efficace risorse e processi organizzativi, influenzare e valutare i comportamenti individuali e di gruppo, rafforzare l'accountability e favorire il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Il Sistema definisce in modo puntuale le **fasi, i tempi, le modalità operative, i soggetti coinvolti e le relative responsabilità**, assicurando il raccordo con i documenti di programmazione economico-finanziaria e con i sistemi di controllo interno dell'Azienda.

La valutazione della dirigenza costituisce lo strumento attraverso il quale l'ASL Caserta verifica le prestazioni del personale dirigente, con particolare riferimento alle competenze gestionali, organizzative e comportamentali. In conformità a quanto previsto dall'art. 2 del Regolamento, l'Azienda recepisce integralmente i principi di cui all'art. 56 del CCNL Area Sanità, garantendo l'oggettività e la trasparenza delle metodologie di valutazione adottate.

I soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance, ai sensi dell'art. 3 del Regolamento, sono:

- il dipendente valutato;
- il valutatore;
- i responsabili delle strutture e delle macrostrutture organizzative aziendali;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- i cittadini e gli utenti finali, quali destinatari dell'azione amministrativa.

Tab.40

Valutati	Valutatori di I Istanza	Verifica correttezza processo valutativo
Direttori di Dipartimento Funzionale / Strutturale / Presidio Ospedaliero / Distretti Sanitari	Direttore Amministrativo o Direttore Sanitario	OIV
Direttori di UOC / UOSD afferenti a Dipartimenti, Presidi Ospedalieri, Distretti	Direttore di Dipartimento Strutturale/ Presidio Ospedaliero / Distretti Sanitari	OIV
Direttori di UOC afferenti ai Servizi Centrali	In base alle aree di pertinenza: Direttore Sanitario e/o Direttore Amministrativo	OIV
Responsabili di Struttura Semplice	Direttori di Struttura Complessa	OIV

Dirigenti con incarico di natura professionale, in struttura complessa	Direttori di Struttura Complessa	OIV
Dirigenti con incarico di natura professionale, anche di alta specializzazione, in struttura semplice	Responsabile di Struttura Semplice	OIV

Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag.13

Per quanto attiene al sistema di valutazione della dirigenza, in coerenza con quanto previsto dal Regolamento aziendale, il personale dirigente è distinto nelle seguenti tipologie, in funzione del ruolo e delle responsabilità organizzative ricoperte:

- Direttori di Dipartimento Strutturali e Funzionali;
- Dirigenti titolari di Struttura Complessa (UOC) o di Struttura Semplice Dipartimentale (UOSD);
- Dirigenti titolari di Struttura Semplice (UOS);
- Dirigenti non titolari di struttura organizzativa (dirigenti "semplici").

La **valutazione dei Direttori di Dipartimento Strutturali e Funzionali** è effettuata dal Direttore Generale,

Tab. 41

Area di Valutazione	Descrizione Item	Punteggio					Peso
		1	2	3	4	5	
Strategico-Gestionale	Capacità nel raggiungimento degli obiettivi Aziendali, prestazionali e di miglioramento della qualità, definiti annualmente nelle schede di budget						45
	Capacità manageriali dimostrate nel predisporre e proporre piani, progetti e linee di attività a diversi decisori istituzionali						
Strategico-Finanziaria	Capacità manageriali di implementare azioni per l'impiego ottimale delle risorse dell'Ente (Risorse umani, strumentali e finanziarie)						40
Strategico-Innovativa	Capacità manageriali di implementare e gestire strategie di comunicazione istituzionale incrementando il ricorso a più moderni canali e garantire un adeguato livello di differenziazione delle valutazioni del personale afferente						15

Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 20-21

Tali item sono valutati, come visibile dalla scheda, secondo una scala di valutazione di 5 livelli (da Totalmente raggiunto a Non raggiunto). Il risultato finale rappresenta una media ponderata dei risultati conseguiti nelle singole sezioni. È prevista la piena corresponsione dalle Retribuzione di Risultato a partire da un punteggio pari all'80%, mentre la retribuzione non è corrisposta per risultati inferiori al 40%.

Per quanto riguarda la valutazione dei Dirigenti titolari di struttura complessa (UOC) o di struttura semplice dipartimentale (UOSD), si articola in tre schede:

- Scheda 1: Valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura (Peso: 45). Gli obiettivi sono assegnati dai Direttori delle macrostrutture quali Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti ecc.
- Scheda 2: Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali (Peso: 40)
- Scheda 3: Capacità di differenziazioni del personale afferente alla UOC/UOSD (target 30%) (Peso: 15).

Il contenuto delle schede N.2 e N.3 è uguale per tutti i dirigenti appartenenti a questa categoria, la scheda 1 varia in base alla struttura diretta. In ogni caso la scheda N.1 è composta da massimo 4 obiettivi valutati su un punteggio che varia da 1 a 5. Le schede N.2 e N.3 definite dal regolamento sono le seguenti:

Tab. 42

Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali					
Descrizione Item	Punteggio				
	1	2	3	4	5
Capacità di interagire in modo costruttivo ed efficace con i referenti istituzionali dell'Azienda					
Disponibilità al lavoro di equipe e all'ascolto verso le esigenze dei colleghi, con costante confronto costruttivo, contribuendo ad un clima positivo					
Capacità di gestire e prevenire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della propria unità che con altre unità organizzative					
Capacità di sviluppare e mantenere relazioni con gli assistiti e i loro familiari curando in modo particolare l'efficacia della comunicazione (<i>Customer Satisfaction</i>)					
Disponibilità ad articolare l'orario di servizio in funzione delle specifiche esigenze operative della struttura e al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati					

Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 30-33

Capacità di differenziazione delle valutazioni del personale afferente alla UOC/UOSD					
Descrizione Item	Punteggio				
	1	2	3	4	5
AZIONE: Garantire un adeguato livello di differenziazione delle valutazioni del personale afferente alla UOC/UOSD INDICATORE: Numero valutazione differenziate/Numero valutazione complessive TARGET: Almeno 30% delle valutazioni totali					

Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 30-33

Tab. 43

Anche per i Direttori di Struttura Semplice (UOS) la valutazione avviene su tre schede, ed in particolare:

- Scheda N.1: Valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura (Peso: 25). Gli obiettivi sono assegnati dal direttore della struttura complessa (UOC);
- Scheda N.2: Valutazione dei risultati per gli obiettivi individuali correlati all'incarico dirigenziale (Peso: 30);
- Scheda N. 3: Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali (Peso: 45)

Il contenuto delle schede N.1 2 N. 2 varia in base alla struttura diretta. In ogni caso si compongono di massimo 2 obiettivi valutati con punteggio che varia da un minimo di 1 ad un massimo di 5. La scheda N.3 è uguale per tutti i dirigenti appartenenti a questa categoria, ed è di seguito riportata:

Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali					
Descrizione Item	Punteggio				
	1	2	3	4	5
Capacità di interagire in modo costruttivo ed efficace con i referenti istituzionali dell'Azienda					
Disponibilità al lavoro di equipe e all'ascolto verso le esigenze dei colleghi, con costante confronto costruttivo, contribuendo ad un clima positivo					
Capacità di gestire e prevenire gli eventuali conflitti organizzativi sia all'interno della propria unità che con altre unità organizzative					

Capacità di sviluppare e mantenere relazioni con gli assistiti e i loro familiari curando in modo particolare l'efficacia della comunicazione (<i>Customer Satisfaction</i>)					
Disponibilità ad articolare l'orario di servizio in funzione delle specifiche esigenze operative della struttura e al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati					

Tab. 44 :Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 38-42

Infine, la valutazione dei dirigenti non titolari di struttura organizzativa, la valutazione viene effettuata su due schede:

- Scheda N.1: Valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi economici della UO e individuali (Peso: 40)
- Scheda N.2: Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali (Peso: 45)

Il contenuto delle schede è uguale per tutti i dirigenti appartenenti a questa categoria. Le schede definite dal regolamento sono di seguito riportate:

Valutazione dei risultati per il raggiungimento degli obiettivi economici della UO e individuali					
Descrizione Item	Punteggio				
	1	2	3	4	5
Contributo al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda, della UOC/UOSD, prestazionali e di miglioramento della qualità definiti annualmente nelle schede di budget					
Disponibilità ad adattarsi alle richieste e ai cambiamenti dell'organizzazione e/o direttive aziendali					
Capacità di comunicazione multiprofessionale, anche con altre UUOO, che interagiscono nel processo di erogazione del servizio					
Attenzione all'evoluzione professionale e tecnologica per il miglioramento dei processi di lavoro e per lo sviluppo della qualità del servizio					

Tab. 45 : Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 34-37

Valutazione dei risultati per le competenze manageriali e professionali					
Descrizione Item	Punteggio				
	1	2	3	4	5
Competenze per la gestione delle casistiche semplice e complesse					
Grado di autonomia nel prendere decisioni anche in condizioni d'incertezza ed emergenza e assunzione di responsabilità diretta					
Capacità di sviluppare e mantenere relazioni con gli assistiti e i loro familiari curando in modo particolare l'efficacia della comunicazione (<i>Customer Satisfaction</i>)					
Grado di partecipazione e collaborazione nel gruppo di lavoro e contributo ad un clima positivo					
Rispetto dell'orario di lavoro contrattualmente dovuto; rispetto degli orari di inizio delle diverse attività (turno di guardia, sala operatoria, ambulatorio specialistico, ecc.)					
Partecipazione ai corsi obbligatori, ai corsi ECM, visibilità in partecipazione a convegni e network. Capacità di promozione dell'attività scientifica individuale e di gruppo nell'UO e traversare alle UO/Dipartimenti coinvolti					

Tab. 46: Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023, pag. 34-37

Analogamente a quanto previsto per i Direttori di Dipartimento, anche per i Dirigenti titolari e non titolari di struttura gli indicatori di performance sono valutati sulla base di una **scala di valutazione articolata in cinque livelli**, come riportato nella scheda di valutazione adottata dal Regolamento aziendale.

Punteggio	Valutazione	Descrizione
1	Scarso	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso
2	Migliorabile	Descrive un livello di contributo sufficiente che risponde parzialmente alle attese e presenta significativi margini di miglioramento
3	Buono	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso
4	In linea con le attese	Descrive un livello di contributo superiore alle attese di qualità ottima e costante nel tempo
5	Eccellente	Descrive un contributo ritenuto eccezionale, ovvero eccellente in ogni aspetto e decisamente superiore alle aspettative

Tab. 47: Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.148/2023

La valutazione “eccellente” deve essere corredata da una relazione supplementare oggettiva.

Il risultato finale rappresenta una media ponderata dei risultati conseguiti nelle singole sezioni. Nella scheda sono presenti altre tre sezioni in cui è possibile identificare: cause che hanno influenzato positivamente o negativamente il raggiungimento dei risultati attesi; indicazioni per eventuali azioni di sviluppo professionale o di rinforzo della prestazione; feedback del valutato.

3.3 La valutazione dell'Area Comparto in ASL Caserta

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 2155 del 21 dicembre 2023**, l'Azienda Sanitaria Locale Caserta ha preso atto del **Contratto Collettivo Integrativo Aziendale – CCNL 2019/2021**, che disciplina, tra l'altro, il **Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Area Comparto Sanità**.

In particolare, l'articolo 4 del suddetto contratto integrativo è dedicato alla definizione del sistema valutativo applicabile al personale dell'Area Comparto.

Ai sensi dell'art. 15 del **d.lgs. n. 502/1992** e ss.mm.ii., la valutazione della performance è rivolta a tutti i dipendenti aziendali e costituisce un elemento strategico del rapporto di lavoro, finalizzato a riconoscere e valorizzare la qualità e l'impegno profuso per il conseguimento di più elevati livelli di risultato dell'organizzazione, per l'incremento della soddisfazione degli utenti e per l'orientamento dei percorsi di carriera e dello sviluppo professionale del personale.

Il sistema di misurazione e valutazione regolamentato dall'Azienda tiene conto dei principali riferimenti normativi in materia, con particolare riferimento al **d.lgs. n. 150/2009**, nonché dei criteri generali enunciati dal **CCNL del 2 novembre 2022**, ispirandosi ai seguenti principi:

- diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore di prima istanza, sulla base della quale l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è chiamato a pronunciarsi;
- imparzialità, celerità e puntualità del processo valutativo, al fine di garantire continuità e certezza delle attività professionali, nonché una stretta correlazione tra risultati conseguiti, attribuzione degli obiettivi ed erogazione delle componenti retributive connesse;
- trasparenza dei criteri adottati, oggettività delle metodologie utilizzate e obbligo di motivazione espressa;

- adeguata informazione e partecipazione del valutato;
- preventiva definizione e condivisione degli obiettivi;
- assenza di conflitti formali tra valutatore e valutato.

In tale quadro, l'Azienda si impegna ad adottare modalità di misurazione puntuali e oggettive e a garantire valutazioni tempestive e coerenti con le finalità del sistema di performance.

I soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance dell'Area Comparto sono:

- il dipendente, oggetto di valutazione annuale;
- il valutatore, individuato nel direttore della struttura presso cui il dipendente presta servizio, in qualità di diretto superiore, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- i cittadini e gli utenti finali, in una logica di accountability e orientamento alla qualità dei servizi.

La valutazione della performance del personale dell'Area Comparto avviene mediante l'utilizzo di **due schede di valutazione standardizzate**, comuni a tutti i dipendenti appartenenti alla medesima categoria:

- **Scheda n. 1 – Comportamenti organizzativi** (peso 50);
- **Scheda n. 2 – Comportamenti individuali** (peso 50).

Le schede di valutazione, così come definite dal Regolamento aziendale, sono di seguito riportate.

Area di Valutazione	Descrizione Item	Valore Obiettivo	Punteggio (riportare un valore da 1 a 10)
Gestione	Capacità di svolgere i propri compiti con impegno e correttezza	10	
Monitoraggio e controllo	Monitorare le attività assegnate, proponendo soluzioni per il superamento delle criticità eventuali rilevate	10	
Benessere organizzativo	Capacità di integrazione con i colleghi dell'ufficio e dell'azienda	10	
	Grado di cortesia e disponibilità nelle risposte e/o rapporti con gli utenti	10	
	Promuovere la circolazione e lo scambio delle informazioni nel gruppo di lavoro prestando attenzione al benessere organizzativo prevenendo eventuali conflitti interni	10	

Tab. 48: Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.2155/2023, pag. 35-37

Descrizione Item	Valore Obiettivo	Punteggio
Contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi dell'Ufficio di appartenenza (il raggiungimento dell'obiettivo è strettamente collegato al raggiungimento degli obiettivi del dirigente a cui afferisce)	10	
Obiettivo individuale assegnato N.1: obiettivo su cui il dipendente è impegnato in misura prevalente	10	
Obiettivo individuale assegnato N.2: Disponibilità ad arricchire la propria professionalità nel percorso lavorativo. Migliorare la propria conoscenza anche l'auto formazione.	10	
Obiettivo individuale assegnato N.3: Autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro	10	

Obiettivo individuale assegnato N.4: Impegno profuso nell'assolvimento dei compiti assegnati, capacità di operare nella propria unità. Puntualità ed affidabilità nelle prestazioni svolte.	10	

Tab. 49 :Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.2155/2023, pag. 35-36

Nella scheda sono presenti altre tre sezioni in cui è possibile identificare: giudizio sintetico-eventuali criticità; aree di potenziale miglioramento; feedback del valutato.

Il risultato finale rappresenta una media ponderata dei risultati conseguiti nelle singole sezioni. L'esito positivo comporta l'attribuzione della retribuzione variabile relativa alla produttività; il valore economico del premio dipende dal grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati come sintetizzato nella tabella seguente:

Punteggio	Quota % retribuzione di risultato
Da 90% al 100%	100% della premialità
Da 75% al 89,99%	85% della premialità
Da 51% al 74,99%	75% della premialità
Maggiore o uguale al 50%	50% della premialità
Minore del 50%	Nessuna quota e restituzione acconto

Tab. 50 :Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.2155/2023, pag. 31

In materia di valutazione del personale Area Comparto, occorre effettuare una distinzione per i dipendenti titolari di incarico di funzione organizzativa. In questo caso le schede di valutazione diventano tre ed in particolare:

- Scheda N.1: Comportamenti organizzativi (Peso: 40)
- Scheda N.2: Comportamenti individuali (Peso: 50)
- Scheda N.3: Obiettivi organizzativi trasversali (Peso: 10) riportata di seguito:

Descrizione Item	Valore Obiettivo	Punteggio
Obiettivi organizzativi trasversali Contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi dell'Amministrazione (il raggiungimento dell'obiettivo è strettamente collegato al raggiungimento degli obiettivi del dirigente a cui afferisce)	10	

Tab. 51Fonte: Deliberazione del Direttore Generale ASL Caserta N.2155/2023, pag. 38-39

3.4 La Digitalizzazione del Sistema di Misurazione della Performance Organizzativa ed Individuale

L'ASL Caserta ha realizzato, nel corso del 2024, un progetto innovativo che prevede la completa informatizzazione di tutto il processo di valutazione della performance organizzativa ed individuale attraverso:

- definizione degli obiettivi di performance ed individuali;
- monitoraggio intermedio;
- valutazione finale.

Fig.83



Obiettivi e risultati attesi

Obiettivo del presente intervento è l'**informatizzazione del processo di Budget** inteso come **risultato di un processo decisionale, organizzativo e contabile** volto ad esprimere in termini quantitativi il complesso dei programmi aziendali, **allocandovi in modo ottimale le risorse** nell'organizzazione, in coerenza con il **piano strategico** e con la **disponibilità economico finanziaria e gestionale**.



Definizione delle **linee strategiche** aziendali in termini di fabbisogno di salute e di programmazione dei livelli di assistenza

**Definizione
Obiettivi strategici**



Definizione delle **schede di Budget per presidio, dipartimento e UOC.**

**Realizzazione e
invio schede di Budget**



Negoziazione degli obiettivi definiti nelle schede di budget

Negoziazione schede di budget



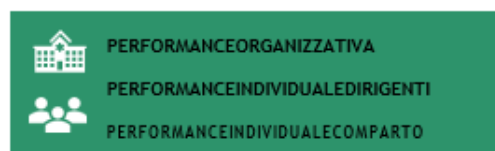
Analisi degli scostamenti, mediante report trimestrali, contenenti il **monitoraggio dell'attività svolta e dei costi** sostenuti rispetto a quanto negoziato.

Analisi scostamenti e ri-previsioni

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PERFORMANCE

AMBITO, ATTORI COINVOLTI E PRIMI RISULTATI

PROCESSI DI VALUTAZIONE COINVOLTI



FASI DEL PROCESSO



ATTORI COINVOLTI

27 MACRO-STRUTTURE
250+ UNITÀ ORGANIZZATIVE
1.200+ DIRIGENTI
3.500+ DIPENDENTI PERSONALE COMPARTO

PUNTI DI FORZA

- ✓ Completa digitalizzazione del processo di assegnazione obiettivi, monitoraggio e consuntivazione
- ✓ Possibilità di verificare da parte di tutti gli attori coinvolti e autorizzati lo stato di avanzamento del processo e accesso a dashboard riepilogative
- ✓ Eliminazione completa della documentazione cartacea e possibilità di conservare e analizzare i dati nel tempo
- ✓ Completo supporto nel processo di assegnazione degli obiettivi integrando performance organizzativa e individuale
- ✓ Integrazione con i sistemi di controllo di gestione per raccolta dati a consuntivo relativi agli obiettivi assegnati





Fig. 84-85

3.5 Piattaforma Valutazione Performance - Homepage

La **Homepage della piattaforma di valutazione** è strutturata in modo da consentire una gestione semplice e guidata delle schede di valutazione ed è composta da quattro pulsanti principali, oltre a una sezione riepilogativa dello stato delle attività. In particolare, sono previste le seguenti funzionalità:

- **Crea scheda di valutazione**, che consente di predisporre una nuova scheda obiettivi per una struttura per la quale non sia stata ancora effettuata la compilazione;
- **Modifica scheda di valutazione**, che permette di intervenire sulle schede degli obiettivi in stato di *bozza*;
- **Conferma scheda di valutazione**, riservata alle schede in stato di *attesa di conferma*, attraverso la quale è possibile stampare la scheda in formato PDF, caricare la versione firmata e, ove necessario, riportare la scheda nello stato di *bozza*;
- **Visualizza scheda di valutazione**, che consente la consultazione di tutte le schede create, indipendentemente dallo stato, e il download delle schede firmate caricate a sistema.

Tale struttura consente di garantire tracciabilità, trasparenza e semplicità operativa nell'intero processo di gestione della valutazione della performance.

Fig. Fasi della scheda di valutazione

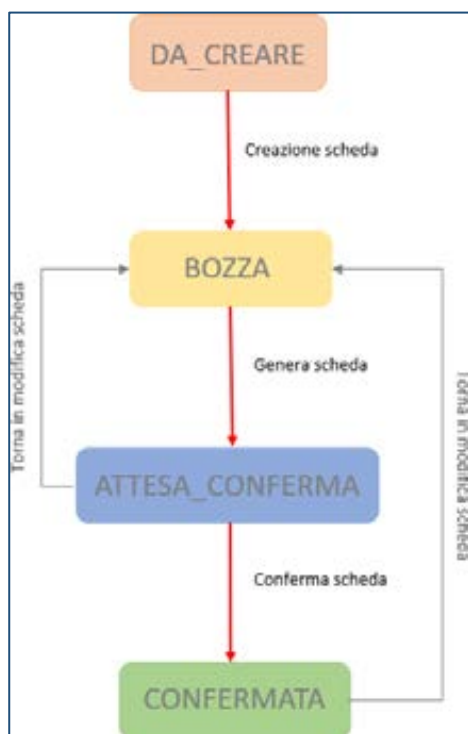
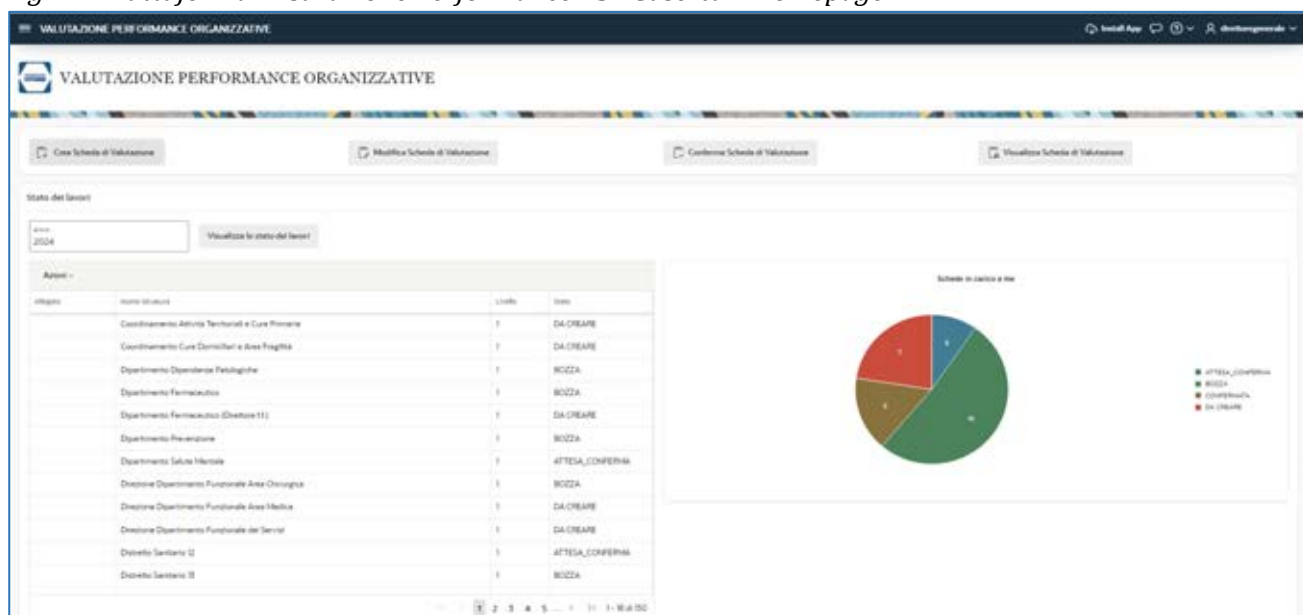


Fig. 86

Nella **sezione riepilogativa della Homepage** sono inoltre disponibili i seguenti elementi informativi e funzionali:

- **l'anno di riferimento delle attività**, modificabile manualmente;
- un **diagramma a torta** che rappresenta in forma grafica lo stato delle schede di valutazione in carico all'utente;
- una **tabella riepilogativa** contenente, per ciascuna scheda, le seguenti informazioni:
 - o *Allegato*, con possibilità di scaricare la scheda firmata;
 - o *Nome della struttura*;
 - o *Livello organizzativo* (Livello 1: Macro-struttura; Livello 2: UOC o UOSD; Livello 3: UOS);
 - o *Stato della scheda*.

Fig.87 : Piattaforma Misurazione Performance ASL Caserta – Homepage



Fonte: Elaborazione ASL Caserta

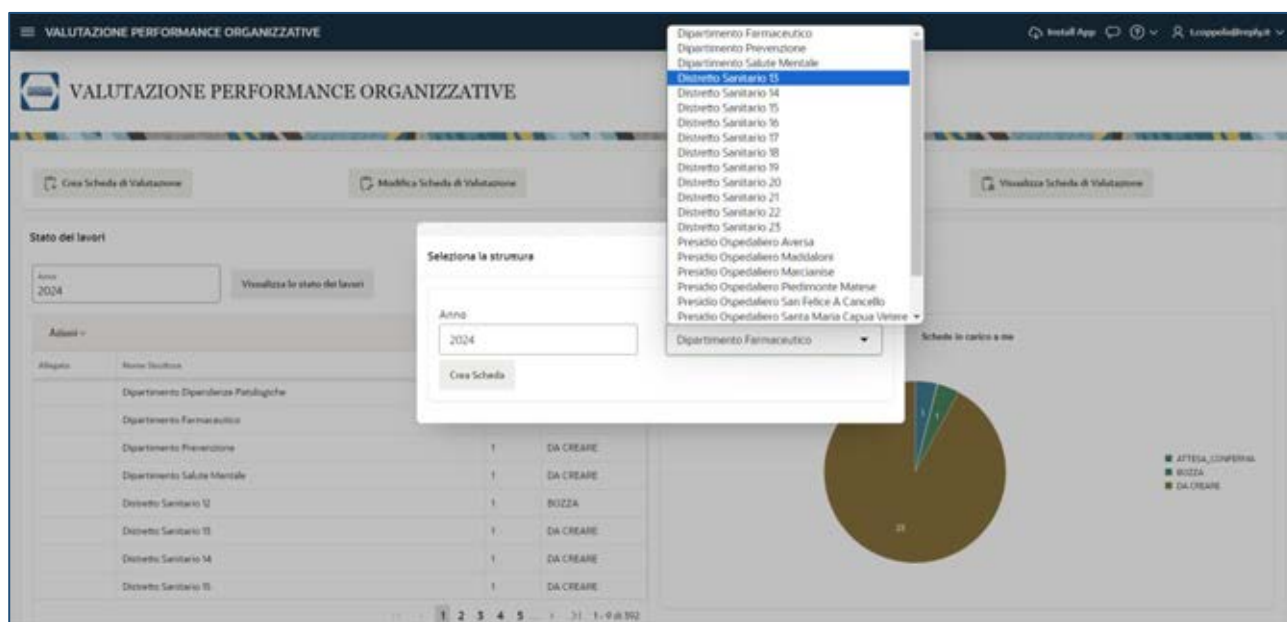
3.5.1 Piattaforma Valutazione Performance – Creazione e conferma scheda di struttura

In questa fase viene individuata la **struttura destinataria della scheda obiettivi** e selezionati gli obiettivi da includere nella stessa.

Dalla Homepage, selezionando la funzione “**Crea scheda di valutazione**”, si apre una finestra di dialogo nella quale è necessario indicare l’**anno di riferimento** e la **struttura organizzativa** cui assegnare la scheda.

L’elenco delle strutture visualizzate comprende esclusivamente quelle per le quali **non risulta già creata una scheda di valutazione**, al fine di garantire l’univocità e la corretta gestione del processo valutativo.

Fig. 88: Piattaforma Misurazione Performance ASL Caserta – Pagina creazione scheda



Fonte: Elaborazione ASL Caserta

Una volta creata la scheda, che assume inizialmente lo stato di **“bozza”**, è necessario procedere all’inserimento degli **obiettivi assegnati alla struttura di riferimento**. Gli obiettivi possono essere selezionati mediante apposito **menu a tendina**, scegliendo tra il **Catalogo obiettivi aziendale** oppure, per le strutture afferenti a una macro-struttura, tra gli **obiettivi ereditabili dalla struttura madre**.

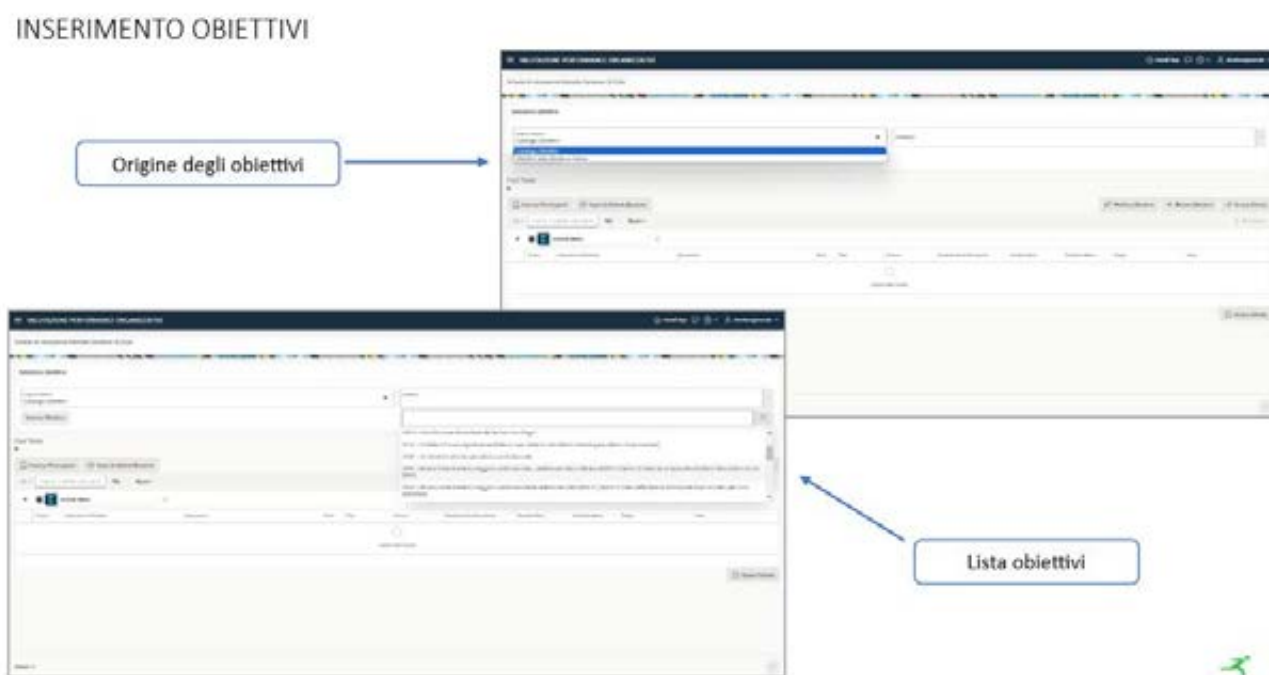


Fig.89

Individuata la fonte degli obiettivi, è possibile selezionare ciascun obiettivo singolarmente dal menu a tendina, effettuando la ricerca **per codice o per descrizione**. L’inserimento dell’obiettivo nella scheda avviene tramite la selezione del comando **“Inserisci Obiettivo”**.

Fig.90 : Piattaforma Misurazione Performance ASL Caserta – Pagina assegnazione obiettivo

The screenshot displays the 'VALUTAZIONE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE' platform. At the top, there's a header with the title and navigation icons. Below the header, a section titled 'Selezione obiettivo' contains a dropdown menu for 'origine obiettivo' (set to 'Catalogo Obiettivi') and a search bar. A list of objectives is shown, with one selected and its details expanded in a pop-up window. The details include a description and a list of specific metrics or targets. At the bottom, there's a table with columns for 'Peso', 'Tipo', 'Metrica', 'Obiettivo Base', 'Obiettivo Atto', 'Target', and 'Note'. A 'Cerca' button is visible in the bottom right corner.

Fonte: Elaborazione ASL Caserta

Dopo l'inserimento dell'obiettivo, il sistema apre una **finestra pop-up** dedicata alla compilazione dei dati specifici dell'obiettivo selezionato.

Sono previste **tre tipologie di obiettivi**:

- Obiettivi di tipo range;
- Obiettivo di tipo soglia (anche definiti come obiettivi on/off);
- Obiettivi manuali.

Obiettivo di tipo Range

L'obiettivo di tipo range presenta un **Traguardo Base** e un **Traguardo Soglia** e una volta definito il range ed il peso, il sistema elaborerà in modo automatico il risultato.

Obiettivi Soglia: possono essere valutati solo con il punteggio massimo assegnato all'obiettivo, oppure questi obiettivi di norma comportano la necessità di restare al di sotto o al di sopra di una determinata soglia, o di mantenere fisso l'andamento dell'anno precedente.

TIPOLOGIE DI OBIETTIVI

Obiettivi numerici	
Obiettivi Soglia: possono essere valutati solo con il punteggio massimo assegnato all'obiettivo, oppure 0. Questi obiettivi di norma comportano la necessità di restare al di sotto o al di sopra di una determinata soglia, o di mantenere fisso l'andamento dell'anno precedente.	Obiettivi Range: presentano una soglia base e una soglia target, e la valutazione finale potrà assumere un valore tra 0 e il peso massimo in base al valore raggiunto all'interno del range. Nel caso in cui si supera la soglia target (in aumento o in diminuzione, in base al tipo di obiettivo) si avrà il punteggio massimo.

Obiettivi manuali: Sono correlati agli **obiettivi descrittivi**, in cui è necessario fornire della documentazione tecnica, che sarà successivamente valutata. La valutazione avviene manualmente poiché non rientra nelle altre due categorie e può andare da 0 al peso massimo assegnato all'obiettivo.



TIPOLOGIA OBIETTIVI

Obiettivo Soglia

Obiettivo Manuale



Fig.92

Vengono obiettivi Range quei casi in cui caso in cui i valori del Traguardo base e il Traguardo Soglia sono uguali e si distinguono in “Sopra Soglia” nel caso in cui l’obiettivo richiede che si deve superare il valore inserito nel Traguardo Soglia, “Sotto Soglia” nel caso in cui l’obiettivo richiede che si deve restare al di sotto del valore inserito nel Traguardo Soglia.

Fig.93

Obiettivo di tipo range

Obiettivo
Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni

Descrizione Obiettivo
Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni

Indicazioni Obiettivo

Traguardo Base: 51,89 Traguardo Soglia: 51,89 Target: Sopra Soglia

Variazione Percentuale: [Slider]

Aggiungi: ☐

Peso: 5

Note:

Inserisci Obiettivo

Obiettivi di tipo manuale

Sono previsti obiettivi di tipo manuale per i quali il risultato sarà valutato tramite l'analisi di una relazione non essendo possibile definirli con indicatori numerici.

Fig.94 Obiettivi manuali

Obiettivo di tipo manuale

Obiettivo
Adempimenti Privacy

Descrizione Obiettivo
Adempimenti Privacy

Indicazioni Obiettivo

Peso: 4

Note:

Inserisci Obiettivo

Base	Risultato Atteso	Target	Note
51,89	SOPRASOGGIA		

Totale 1

Genera Scheda

Man mano che si procede all'inserimento, si popolerà una tabella contenente l'elenco degli obiettivi assegnati in ordine di inserimento (Fig.94).

Fig. 95: Piattaforma Misurazione Performance ASL Caserta – Tabella riepilogativa obiettivi assegnati

Code	Indicatore di Risultato	Descrizione	Peso	Tipi	Metrica	Risultato Anno Precedente	Risultato Base	Risultato Attuale	Target	Note
POIC	Vaccinazione antinfluenzale. Copertura...	Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale...	5	RANGE	PERCENTUALE	51,89	51,89		SOPRASOGGIA	Questo obiettivo non è del...
PRIV	Adempimenti Privacy	Adempimenti Privacy	4	MANUALE	ASSOLUTO					
DOIC	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari...	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, s...	10	RANGE	ASSOLUTO		24,00	16,00	DIMINUIZIONE di 33%	
DISSZ	Tasso di PIC (Presa in Carico) in assistenza...	Tasso di PIC (Presa in Carico) in assistenza domes...	8	RANGE	PERCENTUALE		4,00	6,00	AUMENTO di 50%	
DOISZ	Numero deceduti per causa di tumore as...	Numero deceduti per causa di tumore assistiti da...	15	RANGE	ASSOLUTO		15,00	35,00	AUMENTO di 100%	
DISSZ	Numero di anziani con età > 75 anni non autos...	Numero di anziani con età > 75 anni non autos...	22	RANGE	ASSOLUTO		5,00	15,00	AUMENTO di 400%	
DOISZ	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soc...	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	8	SOGLIA	ASSOLUTO			21,00	SOPRASOGGIA	
Somme totali:			72							

Fonte: Elaborazione ASL Caserta

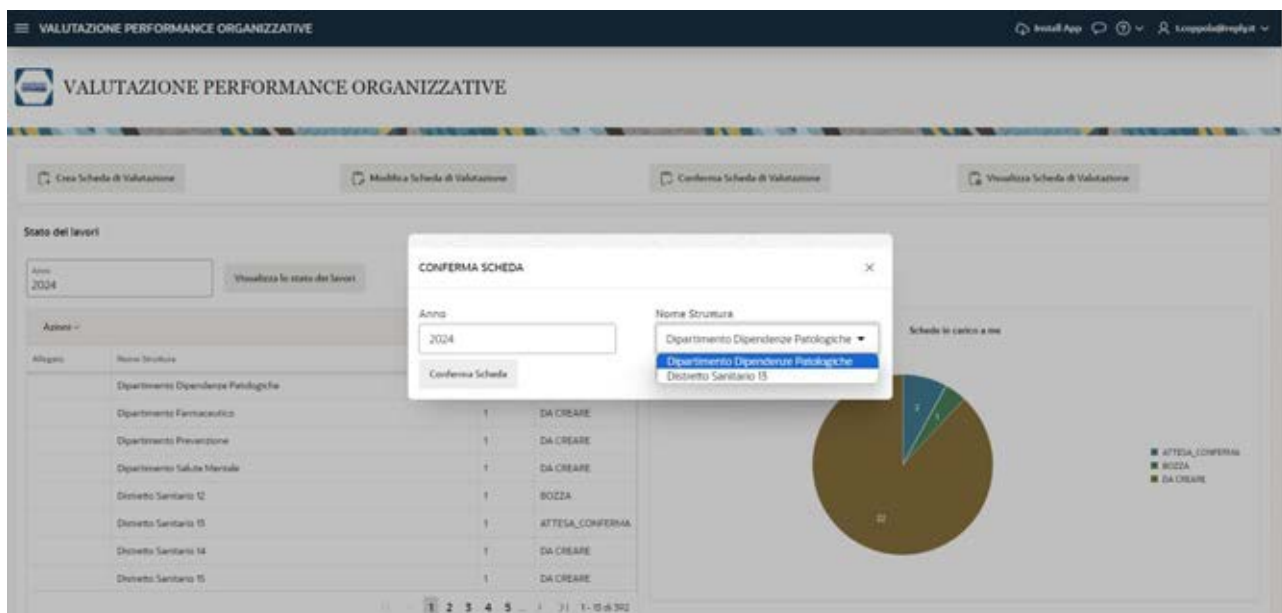
Per la **generazione della scheda di valutazione** e il suo invio alla **fase di approvazione**, è necessario rispettare specifiche regole, differenziate in base alla tipologia di struttura:

- **Macro-strutture:** la **somma dei pesi degli obiettivi** deve essere pari a **100**.
- **Strutture Complesse (UOC) e Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD):** la **somma dei pesi** deve essere pari a **45** e la scheda deve contenere **esattamente quattro obiettivi**.

Per tutte le tipologie di scheda, prima della conferma è obbligatorio **indicare i partecipanti al processo di valutazione** (Direzione strategica, soggetto valutato, altri soggetti coinvolti). In assenza di tali informazioni, il sistema blocca la procedura e restituisce un **messaggio di errore**.

Una volta verificato il rispetto dei requisiti sopra indicati, la scheda può essere confermata accedendo alla **Homepage della piattaforma** e selezionando la funzione **“Conferma Scheda di Valutazione”**. Il sistema apre una finestra di dialogo in cui è richiesto di indicare l'**anno di riferimento** e la **struttura destinataria**; completata la selezione, è possibile procedere cliccando su **“Conferma Scheda”**, avviando così la fase di approvazione.

Fig.96 : Piattaforma Misurazione Performance ASL Caserta – Conferma scheda valutazione



Fonte: Elaborazione ASL Caserta

A seguito della conferma, la **scheda di valutazione** deve essere **scaricata dalla piattaforma** al fine di procedere alla **sottoscrizione digitale** da parte dei soggetti coinvolti nel processo di valutazione. Le schede presentano una **struttura differenziata in relazione alla tipologia organizzativa** di riferimento, distinguendosi tra:

- **Macrostruttura;**
- **Struttura Complessa (UOC) o Struttura Semplice Dipartimentale (UOSD).**



REGIONE CAMPANIA - ASL CASERTA

Regione Campania - ASL Caserta

Scheda Budget/Obiettivi 2024

Macrosumma: Distretto Sanitario

Direttore responsabile:

Data inizio: 01-01-2024

Periodo (anni): Direttore Generale -
Direttore Amministrativo -
Direttore Economico Sanitario S.d

Verbalità: Questa scheda è stata letta il giorno 14/04/2024 dopo una riunione di...

Scheda Budget/Obiettivi Distretto Sanitario

Indicatore di risultato	2021	2022	2023	Target 2024	Target 2025	Peso	0 mesi	3 mesi	6 mesi	12 mesi
PM6 - Vaccinazione antiepatite B. Copertura vaccinale over 15 anni	76,74	82,35	81,79	81,80	82	1				
D402 - Intervento di Salute Pubblica del livello di sicurezza					25	2				
PD7 - Adesioni ai programmi di prevenzione					40					
D477 - Percentuale di coperture vaccinali da profilassi nei casi dei 15 anni per patologie prevenibili				6,9	11					
D44C - Costanza di fornitura vaccinale/vaccinati per 1.000 abitanti (Anfitec)	3803,14	3285,34	3222,19	7600	8200	10				Questo obiettivo si riferisce anche alla costante di sicurezza

Indicatore di risultato	2021	2022	2023	Target 2024	Target 2025	Peso	0 mesi	3 mesi	6 mesi	12 mesi
D102 - Percentuale di prevenzione generata entro i tempi, della classe di priorità 0 in rapporto al totale di prevenzione di classe 0	21,32	45,48	49,11	80	85	10				
D102 - Rapporto ottenuto per conto di lavoro assunto dalla Rete di cure oncologiche nel numero di interventi per conto di lavoro				11	31	17				
D112 - Tasso di pazienti trattati in ASL (C.I.A. 1-2-3)	98,20	100	98,24	100	75	10				
D120 - Tasso di PNC (Piano di C.C.) in percentuale dimostrata rispetto per la totalità di cura pazienti over 65 (C.I.A. 1-2-3)	3,40	3,07	3,0	4	6	10				
D141 - Numero di assistiti con età di 75 anni non assistiti come in trattamento nelle strutture ospedaliere ASL, ASL, ASL in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti				0	15	1				
TOTALE						100				

Firmato da:

Pag. 1 di 2

Pag. 2 di 2

Fig.98 : Esempio scheda performance Struttura Complessa o Struttura Semplice Dipartimentale



Azienda Sanitaria Locale n. 1 - ASL CAMBRIA

Regione Compresa - ASL Cuneo

Scheda della valutazione del dirigente titolare di struttura 2024

Macrosintesi: Periodo Operativo

Struttura: Assistenza e Terapia Intensiva PO

Valutato:

Data inizio: 01.04.2024

Percepito: Direttore di Macro - PERSICIA A
Direttore UOC - PERSICIA B

Verificare: Questa scheda condurrà gli obiettivi stabiliti dalla struttura X in data...

Scheda Obiettivi economici e gestionali presenti nella scheda di budget della struttura

Descrizione	Peso	Valutazione					
1 Nuova Obiettivo : HRC - % Ricoveri chirurgici Traguardo Base : 100,00% Traguardo Soglia : 111,00% Target : AUMENTO di 11%	10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5			
2 Nuova Obiettivo : HRCO - peso medio ricoveri chirurgici Traguardo Base : 155,00 Traguardo Soglia : 159,00 Target : AUMENTO di 4%	10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5			
3 Nuova Obiettivo : HRC - Costo medio delle cure di terapia intensiva chirurgica Traguardo Base : 758,00% Traguardo Soglia : 662,00% Target : DIMINUIZIONE di 10%	15	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5			
4 Nuova Obiettivo : HRCR - Ricoveri chirurgici Traguardo Base : 356,00 Traguardo Soglia : 379,00 Target : AUMENTO di 3%	10	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5			
Totale punteggio ponderato	45						

Firmato da:

Pag. 1 di 2

Pag. 2 di 2

120

Una volta sottoscritta digitalmente e ricaricata sulla piattaforma, la scheda di valutazione diviene consultabile all'interno del sistema e, ove previsto, modificabile secondo le funzionalità e le autorizzazioni assegnate.

Il monitoraggio della performance organizzativa e individuale è strutturato con cadenza trimestrale e si configura quale strumento di verifica continua dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati. Il processo si fonda su un sistema informativo integrato, alimentato da due principali flussi:

- l'estrazione dei **dati quantitativi** dal cruscotto aziendale di monitoraggio;
- l'analisi delle **informazioni qualitative** contenute nelle relazioni periodiche trasmesse dalle singole strutture e dai Servizi.

Tale impostazione consente di disporre di una **rappresentazione costantemente aggiornata e oggettiva** dei livelli di efficacia ed efficienza conseguiti, supportando la Direzione nell'eventuale attivazione di **azioni correttive in corso d'opera**.

Con riferimento alla **performance individuale**, il processo valutativo si svolge nell'annualità successiva a quella di riferimento ed è demandato ai **Soggetti Valutatori**, individuati secondo criteri, ruoli e responsabilità definiti al precedente paragrafo 2.2.3. Essi provvedono ad attestare il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati e la coerenza dei comportamenti organizzativi adottati dal dipendente.

Il sistema di valutazione è improntato al principio del contraddittorio, assicurando al dipendente un momento di confronto diretto con il valutatore finalizzato alla condivisione degli esiti valutativi e alla formulazione di eventuali osservazioni, in un'ottica di trasparenza, partecipazione e miglioramento continuo.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE PERFORMANCE

FOCUS APPLICATIVO

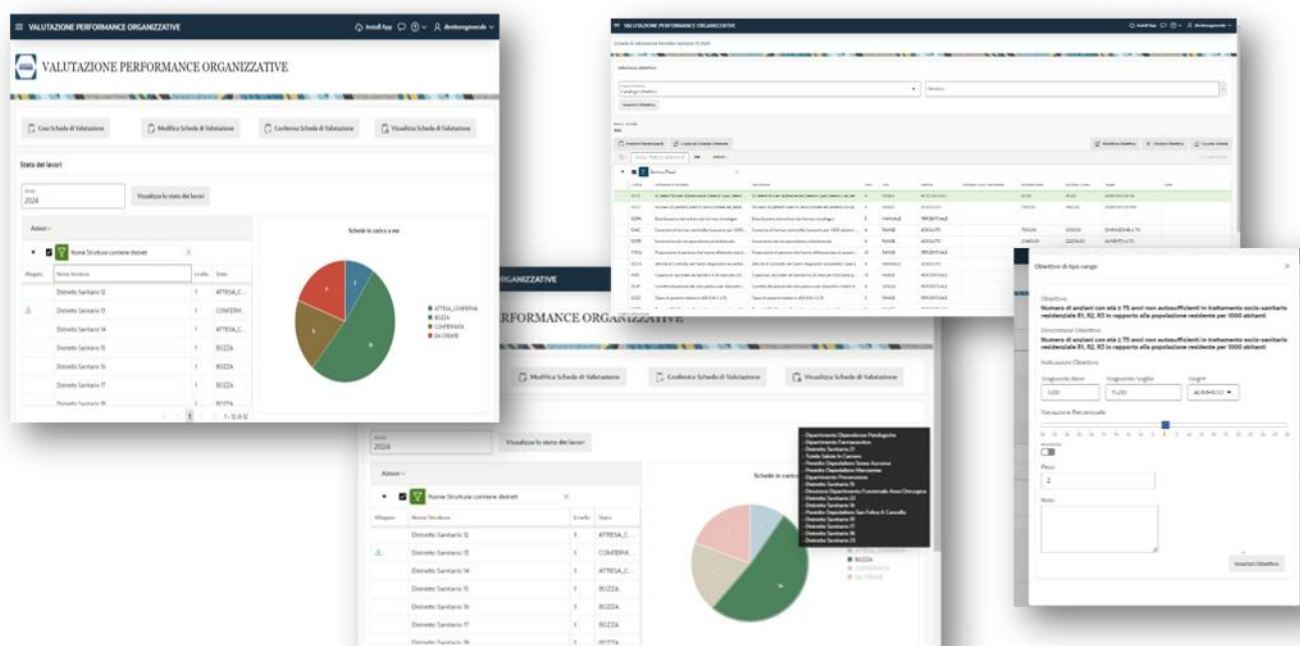


Fig. 99



Regione Campania - ASL Caserta
Direttore Generale - Dr. Annalisa Bianchi
Servizio Generale di Gestione e Piani Informativi
 Via Unità Italiane 28, Caserta

Scheda Budget/Obiettivi 2024

Macrostruttura: Presidio Ospedaliero Aversa

Direttore responsabile:

Data inizio: 06.05.2024

Partecipanti: 4

Verbalisti:

Scheda Budget/Obiettivi Presidio Ospedaliero Aversa

Indicatori di risultato	2022	2023	Indice base	Indice target	Target	Prez.	Scad. 1° sem.	Scad. 2° sem.	Scad. fine anno
NRGR - Ricoveri ordinari	7.188,00	7.188,00	7.188,00	7.188,00	ACCRESCITO di 10%	2	1.844		
NRGR - ricoveri di urgenza	11.079,00	12.117,00	10.847,00	10.847,00	ACCRESCITO di 60%	2	10.725		
NRGR - ricoveri ordinari	5,23	5,29	5,29	5,30	INDECREMENTO di 7%	4	5,81		
NRGR - prestazioni ambulatoriali	1,15	1,15	1,15	1,15	ACCRESCITO di 6%	4	1,11		
NRGR - ricoveri in SDI	0.107,00	0.075,00	0.075,00	0.090,00	ACCRESCITO di 2%	4	851		
NRGR - Obiettivi SDI in %	49,34	101,34	90,00%	90,00%	ACCRESCITO di 10%	4	90,34		
NRGR - Trasmissioni infettive in diminuzione				-10,00%	SOPRASTAGLIA	8			
NRGR - Costo attività del ciclo paziente per diagnosticati medici e altri specialisti esterni		80,00		-10,00%	SOPRASTAGLIA	8			

Pag. 1 di 3

[illegible]

Valutazione Performance

Il diagramma illustra il ciclo di vita del talento (Talent Management Cycle) con tre fasi principali che convergono su un centro comune: **TALENT MANAGEMENT**.

- PERFORMANCE MANAGEMENT** (Fase superiore):
 - Processi e modelli di performance completamente configurabili
 - Diversi **periodi** di valutazione
 - Autovalutazione, estensione ai peers, collaboratori ed management
 - Strumenti a **supporto dei manager**
- REPORTING & ANALYTICS** (Fase inferiore sinistra):
 - **Funzionalità Reporting e Analytics** native nella soluzione e trasversali a tutti i processi.
 - Aggiornamenti real-time relative al raggiungimento degli obiettivi
 - Informazioni fruibili da dispositivi mobile
 - Possibilità di condivisione diretta via posta o come cruscotti integrati nell'applicazione
 - **Analisi estraibili in tutti i formati**
- GOAL MANAGEMENT** (Fase inferiore destra):
 - Goal Tracking per **monitoraggio progress** i risultati
 - Piani di obiettivi assegnati automaticamente ai dipendenti in base al differenti profili.
 - **Collaborazione e condivisione** per favorire un'unica visione e un unico scopo comune.
 - Definizione di obiettivi per monitorare la crescita del personale
 - Possibilità di definire obiettivi personali e di unità organizzative

Al centro del ciclo si trova un'orbita arancione con il testo **TALENT MANAGEMENT**. In alto a sinistra, sopra la fase Performance Management, sono presenti tre icone: un gruppo di persone, un'interfaccia di un computer e una persona che parla al telefono.

123

BENEFICI ATTESI



Fig. 104

3.5.2. Requisiti degli indicatori e Obiettivi

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati **“indicatori di performance della sanità”** è quindi fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'azienda è caratterizzato da:

- *Comprensibilità* (chiari, contestualizzati, concreti);
- *Confrontabilità* (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- *Fattibilità* (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- *Affidabilità* (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

3.6 Il catalogo obiettivi ASL Caserta

Tab. 53 Catalogo Obiettivi Area Distrettuale

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
CAT01	Tempi di presa in carico del paziente	Range	Assoluto
CAT02	Alimentazione dei flussi informativi FAR	Range	%
CAT03	Ozono Terapia nel trattamento processi infettivi e lesioni da decubito. Appropriatezza e farmacoeconomia	Range	%
CAT04	Ottimizzazione numero di ricoveri di sollievo	Range	%
CAT05	Tempi di attesa delle prestazioni finalizzate alle certificazioni (razionalizzazione agenda di prenotazione ambulatorio)	Range	Assoluto
CAT06	Incremento attività di certificazione e riconoscimento idoneità specifiche	Range	%
CAT07	Implementazione attività di controllo e verifica (visite mediche/accertamenti)	Range	%
CAT08	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Range in diminuzione	Assoluto
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.	Range in diminuzione	Assoluto
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Range in diminuzione	Assoluto
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Range in diminuzione	Assoluto
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	On/Off	Assoluto
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Range in aumento	%
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici	Range in diminuzione	Assoluto
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-2-3)	Range in aumento	%
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura pazienti over 65 (CIA 1-2-3)	Range in diminuzione	Assoluto
D27Z	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	On/Off	%
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Range in aumento	Assoluto
D33Z	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	Range in aumento	Assoluto
DCCA	Attività di Controllo nei Centri diagnostici accreditati, Case di Cura e Riabilitazione	Manuale	Assoluto
DCCC	Numero di pazienti presi in carico/totale dei pazienti con almeno 3 patologie croniche nei Chronic Care Center	Range in aumento	Assoluto
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
DDFA	Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici	Manuale	%
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	%
DSPE	Incremento attività specialistica ambulatoriale	Range in aumento	Assoluto
HRXE	Incremento attività radiologica esterna	Range in aumento	%
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Range in aumento	%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Range in aumento	%

P06C	Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni	Range in aumento	%
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Range in aumento	%
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Range in aumento	%
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon	Range in aumento	%
PHPV	Incremento vaccinazione HpV	Range in aumento	Assoluto
PPNE	Incremento vaccinazione antipneumococcica	Range in aumento	Assoluto

Tab.54 Catalogo Obiettivi Area Ospedaliera

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
CAT08	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Range in diminuz.	Assoluto
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.	Range in diminuz.	Assoluto
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Range in diminuz.	Assoluto
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Range in diminuz.	Assoluto
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	On/Off	Assoluto
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Range in aumento	%
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
DDFA	Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici	Manuale	%
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	%
DSPE	Incremento attività specialistica ambulatoriale	Range in aumento	Assoluto
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	Range in aumento	Assoluto
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	On/Off	Assoluto
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Range in aumento	
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	Range in diminuz	Assoluto
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Range in aumento	Assoluto
H08ZB	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Range in diminuz	%
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Range in aumento	%
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	Range in diminuz	%
H18C	% di Parti cesarei primari in strutture 1.000 parti e oltre all'anno	Range in diminuz	%
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Range in	Assoluto

		diminuz	
HAIC	Governo delle liste di attesa interventi chirurgici	Range in aumento	%
HCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
HDDH	DH Diagnostici	Range in diminuz	Assoluto
HDPO	Degenza pre-operatoria	Range in diminuz	Assoluto
HFDI	Distribuzione farmaci in dimissione	On/Off	%
HFSE	% Referti firmati digitalmente (SDO, Scheda PS, Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	%
HGDG	Giornate di degenza	Range in aumento	Assoluto
HICM	Indice di occupazione media	Range in aumento	%
HMDG	Degenza media	Range in diminuz	Assoluto
HMDH	DH Medici (accessi)	Range in diminuz	Assoluto
HMRC	DRG Medico in Reparto Chirurgico - DRG Medici/N. dimessi rep. Chirurgici - rif < 25%	Range in diminuz	%
HPAC	Attivazione/Incrementare i PACC	Range in aumento	%
HPMO	Peso medio ricoveri ordinari	Range in aumento	Assoluto
HRDH	Ricoveri in DH	Range in aumento	Assoluto
HRIC	% Ricoveri chirurgici	Range in aumento	%
HROR	Ricoveri ordinari	Range in aumento	Assoluto
HROS	% Ricoveri oltre soglia	Range in diminuz	%
HRXE	Incremento attività radiologica esterna	Range in aumento	%
HSDO	Chiusura SDO in 72h	Range in aumento	%
HSTR	Incremento attività Stroke Unit	Range in aumento	%
HWEE	Attivazione week surgery/Incremento attività	Range in aumento	%
PO041	Attività di produzione volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza sangue aziendale, regionale e nazionale	Range	%
PO042	Raccolta, lavorazione e qualificazione biologica e immunoematologica del plasma ottenuto sia da sangue intero che da aferesi per le finalità relative alla produzione di farmaci plasmaderivati, in particolare albumina e invio dello stesso ai centri e alle aziende produttori di emoderivati	Range	%
PO043	Implementazione del Programma Patien Blond Transfusion PBM e della promozione del comportamento standard che prevede il trattamento trasfusionale dell'anemia, nel paziente stabile non emorragico, mediante la prescrizione di un'unità di sangue a sua volta preceduta da rivalutazione clinica prima di ogni trasfusione e l'adozione di strategie trasfusionali restrittive	Range	%
PO044	Verifica dell'appropriatezza delle richieste di sangue, emocomponenti e Plasmaderivati, nonché l'implementazione pratica trasfusionale ambulatoriale	Range	%

Tab.55 Catalogo Obiettivi Area del Dipartimento di Prevenzione

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
CAT08	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
DDFA	Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici	Manuale	%
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec,Referto Lab,Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	%
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Range in aumento	%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Range in aumento	%
P06C	Vaccinazione antinfluenzale. Copertura vaccinale over 65 anni	Range in aumento	%
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro	Range	
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle Malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Range	
P10Z	Copertura 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 alimentare per il cittadino	Range in aumento	%
P12Z	Copertura 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	Range in aumento	%
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione ecc.	Range	
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Range in aumento	%
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Range in aumento	%
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon	Range in aumento	%
PHPV	Incremento vaccinazione HpV	Range in aumento	Assoluto
PO045	Attuazione dei sistemi di sorveglianza previsti dal DPCM 21/03/2017 (passi, passi d'argento, Okkio alla salute) da parte dell'UOC Registro Tumori, secondo dati richiesti dalla Regione Campania	Manuale	
PO046	DCCA - Attività di disamina istanze ed espressioni pareri per rilascio autorizzazioni a realizzazione ed esercizio Strutture Sanitarie	Manuale	
PO047	Attività di rilascio nullaosta e verifica su strutture CS (Centri Accoglienza straordinari) per migranti	Manuale	
PO048	Attività d'indagine ed eventuali provvedimenti contumaciali su contatti di casi di Tubercolosi conclamata (compresa completezza scheda predisposta con verifica a sei mesi)	Manuale	
PO049	Iscrizione di cani all'anagrafe canina	Manuale	
PO050	Attività di verifica impianti ai sensi dell'Allegato VII del D.lgs. 81/08 e D.M. 11/04/2011	Manuale	
PO051	Attività di verifica ascensori in attuazione delle indicazioni del D.P.R. 162/99 e s.m.i.	Manuale	
PPNE	Incremento vaccinazione antipneumococcica	Range in aumento	Assoluto
PRIV	Adempimenti Privacy	Manuale	Assoluto
QRMN	Adempimenti Risk Management	Manuale	Assoluto

Tab.56 Catalogo Obiettivi Area del Dipartimento di Salute Mentale

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
CAT08	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
D27Z	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	On/Off	%
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
DDFA	Distribuzione domiciliare dei farmaci oncologici	Manuale	%
DFSE	% Referti firmati digitalmente (Referto Spec, Referto Lab, Referto Radiologia e referto Anatomia Pat)	Range in aumento	%
DSPE	Incremento attività specialistica ambulatoriale	Range in aumento	
M001	Sviluppo PDTA Esordi psicotici e schizofrenia	Manuale	
M002	Implementazione utenza assistita dalla UOSD DCA	Manuale	
M003	Monitoraggio ricoveri autorizzati dalla UOSD DCA presso strutture fuori regione	Manuale	
M004	Costituzione del Gruppo di Lavoro Autismo e Fascia di Transizione	Manuale	
M005	Efficienza e tempestività dei flussi informativi (STP, ENI, dati sulla sicurezza, SMOP, Sorveglianza Covid in strutture residenziali ecc.)	Manuale	
M006	Implementazione attività socioriabilitative e delle attività di rete, fascia 18-30 anni, per prevenzione del disagio e intervento precoce	Manuale Manuale	
M007	Monitoraggio uso strumenti di contenzione in SPDC	Manuale	
M008	Adempimenti Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Manuale	
M009	Adempimenti Privacy	Manuale	
M010	Attuazione di tutte le misure di sicurezza negli ambienti di lavoro sia per i dipendenti che per gli utenti	Manuale	
M011	Attivare valutazione performance di tutti gli incarichi di professionalità su specifici obiettivi	Manuale	
M012	Adempimenti prevenzione della corruzione	Manuale	

Tab.57 Catalogo Obiettivi Area del Dipartimento Dipendenze Patologiche

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
ANTC	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
CAT08	Adempimenti procedure prevenzione della corruzione	Manuale	Assoluto
DCIP	Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	On/Off	%
T001	Attuazione piano locale della prevenzione Dipendenze - Promozione di programmi ed iniziative di prevenzione sulle problematiche delle dipendenze patologiche. Intercettazione precoce adolescenti e giovani adulti.	Manuale	
T002	Riduzione dei ricoveri nelle Comunità Terapeutiche extraregionali – Tutela della salute pubblica.	Manuale	
T003	Tutela della salute dei soggetti in carico. Rilevazione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze	Manuale	
T004	Incremento screening HCV e attivazione screening nazionale gratuito per l'eliminazione del Virus come da G.U. 162 del 08/07/2022	Manuale	
T005	Miglioramento monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ottica di una più elevata qualità assistenziale a favore dell'utenza afferente	Manuale	
T006	Riduzione frequenza supplementi su assunzione o su affido dei farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, suboxone e sodio oxibato)	Manuale	
T007	Corretta compilazione e trasmissione tempestiva dei flussi – Assolvimento debiti informativi del Sistema informativo Dipendenze.	Manuale	
T008	Contrasto diffusione virus Sars-Cov.2 in tutte le articolazioni del Dipartimento Dipendenze	Manuale	
T009	Utenti con diagnosi di dipendenza comportamentale GAP iscritti nella piattaforma SID	Manuale	
T010	Corretta gestione del ciclo passivo	Manuale	

T011	Adempimenti Privacy	Manuale	
T012	Adempimenti prevenzione della corruzione	Manuale	
T013	Monitoraggio PDTA Doppia Diagnosi, al fine di rendere più fluido il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, affrontando eventuali criticità relative ai percorsi ad alta integrazione multidisciplinare e interdipartimentale messi in atto	Manuale	
T014	Lavoro finalizzato alla stesura di PDTA relativi ad: - abuso di sostanze (in collaborazione con la Direzione Dipartimentale) - Alcolismo (in colla. Con la UOSD Alcolismo) - Dipendenze Comportamentali e GAP (in collab. Con la UOC Dipendenze Comportamentali)	Manuale	
T015	Coordinamento all'interno di tutti i servizi per le dipendenze del lavoro finalizzato all'adesione allo screening per la prevenzione del tumore alla cervice uterina delle utenti di età 30-65 anni	Manuale	
T016	Monitoraggio corretta presa in carico ed iscrizione alla piattaforma SID da parte dei SerD dei pazienti con diagnosi di dipendenze comportamentali e alcolismo	Manuale	
T017	Realizzare un'omogenea base informativa tempestivamente aggiornata finalizzata a soddisfare il debito informativo attraverso il sistema informativo SMOP e di monitoraggio del superamento dell'OPG	Manuale	
T018	Avvio procedure gestionali per un'appropriata programmazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie SerD in ambito penitenziario	Manuale	
T019	Miglioramento delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e riabilitative presso gli istituti penitenziari di cui al DPR 309/90.	Manuale	
T020	Partecipazione ai GOTA (di cui ai protocolli operativi) per la prevenzione del rischio suicidari nel sistema penitenziario per adulti	Manuale	

Tab.58 Catalogo Obiettivi Area Farmaceutica

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
FAR01	Vigilanza su farmacie di comunità mediante ispezioni preventive, ordinarie, Straordinarie. Indicatore: n.19 ispezioni ordinarie e n.4 ispezioni preventive effettuate nel 2023 (istituzionali, convocate dalla Regione. Incremento percentuale 2024 rispetto 2023.	Range	%
FAR02	Notifica alle farmacie di ritiro di farmaci dal commercio, furto e/o smarrimento timbri e ricettari. Indicatore istituzionale con invio del 100% delle notifiche ricevute.	Manuale	
FAR03	Controllo contabile e tecnico delle ricette; notifica alle farmacie di comunità entro i termini di legge, delle contestazioni contabili e tecniche in applicazione alla Convenzione Farmaceutica DPR 371/1998. Indicatore: Rispetto dei tempi di notifica	Manuale	
FAR04	Ispezione nei reparti ospedalieri e UU.OO. Territoriali. Indicatore: n. ispezioni Effettuate nei reparti ospedalieri e nelle UU.OO. con incremento del 10%	Range	Assoluto
FAR05	Centri di dialisi (monitoraggio, piani terapeutici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: n. pazienti dializzati in trattamento con eritropoietine short acting/totale pazienti dialisi	Range	Assoluto
FAR06	Centri di dialisi (monitoraggio, piani terapeutici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: n. pazienti in trattamento con eritropoietine short acting biosimilari/totale pazienti in trattamento con eritropoietine short acting	Range	Assoluto
FAR07	Centri di dialisi (monitoraggio, piani terapeutici, consegne mensili, scarichi, ecc.). N. 915 pazienti trattati anno 2023 dai 20 centri di dialisi privati accreditati sul territorio. Verifica e monitoraggio dell'indicatore: verifica utilizzo del biologico/biosimilare con costo terapia più basso come prima scelta nel paziente naive	Range	%
FAR08	Monitoraggio di consumo e di spesa farmaceutica convenzionata con elaborazione reports dettagliati per medico di medicina generale per la verifica degli obiettivi assegnati ai Direttori Responsabili dei Distretti - Ottemperanza decreti Regionali 179 e 180 del 2023.	Manuale	

FAR09	Corretta gestione delle giacenze di magazzino di Presidio e/o di distretto con riduzione del 10% del volume complessivo rispetto al 2023. Rendiconto semestrale ed annuale delle giacenze e relativo importo con attenta verifica e monitoraggio dei prodotti in scadenza.	Range	Assoluto

Tab.59 Catalogo Obiettivi Area Sanità Penitenziaria

Codice	Nome obiettivo	Algoritmo calcolo	Metrica
SP001	Potenziamento sistema informativo SMOP	On/Off	Assoluto
SP002	Gestione attività sanitaria penitenziaria sistema SMOP	On/Off	Assoluto
SP003	Uniformazione procedure monitoraggio presa in carico pazienti psichiatrici	On/Off	Assoluto
SP004	Uniformazione procedure aziendali per l'assistenza sanitaria penitenziaria	Range	Assoluto
SP005	Redazione, diffusione e aggiornamento Linee Guida aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali	Range	Assoluto
SP006	Collaborazione fra ASL e altri Enti, Amministrazioni e Autorità	On/Off	Assoluto
SP007	Appropriatezza prestazioni psichiatriche	On/Off	Assoluto
SP008	Gestione e presa in carico sanitaria minorenni	On/Off	Assoluto
SP009	Comunità Sperimentale ex Accordi della Conferenza Unificata	On/Off	Assoluto
SP010	Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario	On/Off	Assoluto
SP011	Formazione	On/Off	Assoluto

Tab.60 Catalogo Obiettivi Area Amministrativa

Codice	Nome obiettivo	Tipo obiettivo	Metrica
DA043	Acquisti apparecchiature elettromedicali sotto soglia. Istituzione di un registro fornitori acquisti con rinnovo mensile ed invio alla Direzione Strategica del verbale	Range	Assoluto
DA042	Richieste di manutenzione correttiva e/o ordinaria a seguito di guasti a garanzia dell'Up Time apparecchiature elettromedicali (Garantire LEA)	Range	%
DA044	Tempestività delle liquidazioni delle fatture afferenti al CdC dalla data di registrazione delle stesse	Range	%
DA001	Privacy e Anticorruzione	Soglia	%
DA041	Liquidazione fatture	Range	Assoluto
DA040	Rispetto dei tempi per tutte le dichiarazioni di legge (es: IRES, IVA, ecc)	Soglia	%
DA039	Predisposizione dei modelli di verifica trimestrale ed annuale d'intesa con la UOC Controllo Interno di Gestione sugli eventi economici gestionali, con adozione del bilancio nei tempi di legge (preventivo e consuntivo)	Soglia	%
DA038	Tempi di pagamento rispetto ai tempi di pagamento delle fatture	Range	Assoluto
DA037	Controllo circa la rilevazione delle presenze, permessi, servizi esterni, ecc. Controlli mensili, Istituzione di un registro dove vengono annotati i controlli	Soglia	%
DA036	Acquisizione delle prestazioni/carico merce	Range	Assoluto
DA035	Liquidazione fatture dalla data di registrazione	Range	Assoluto
DA034	Determine dirigenziali	Range	%
DA033	Liquidazione fatture dalla data di registrazione	Range	%
DA032	Tempi di liquidazione fatture	Range	%
DA031	Liquidazione sinistri (transazioni/sentenze)	Range	%
DA030	Anticorruzione - Obiettivi PIAO	Soglia	Assoluto
DA029	Trasparenza	Soglia	Assoluto
DA028	Anticorruzione - Verifica dichiarazioni	Range	%
DA027	Corretta alimentazione flussi NSIS e Regionali	Soglia	%
DA026	Implementazione corretta del Modulo CO di SAP	Soglia	Assoluto
DA025	Monitoraggio bimestrale di tutti gli indicatori LEA-NSG con notifica e verifica intermedia per i direttori di Macrostruttura	Range	%
DA024	Monitoraggio contenzioso mensile con indicazione di:	Soglia	%

	- Contenzioso pendente; - contenzioso legali esterni; - contenzioso legali interni; - cause con esito positivo dell'Ente; - cause con soccombenza		
DA023	Incremento Piattaforma per la gestione del contenzioso LegalApp	Soglia	%
DA022	Liquidazione compensi avvocati esterni	Range	%
DA021	Stabilizzazione del precariato in conformità al P.T.F.P	Range	%
DA020	Verifica puntuale con cadenza semestrale, delle dichiarazioni rese dal personale dipendente ai sensi del D.lgs. 39/2013 e dall'art. 53 D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.	Range	%
DA019	Liquidazione sentenze personale dipendente a decorrere dalla sentenza	Range	%
DA018	Attivazione procedure legali per recupero somme a credito dell'azienda e attivazione sfratti	Soglia	%
DA017	Implementazione dati relativi a interventi manutentivi eseguiti sulle strutture territoriali	Soglia	Assoluto
DA016	Attività di verifica ed implementazione della documentazione tecnica relativa agli immobili detenuti dall'ASL CE, mediante implementazione su piattaforma SIT	Range	%
DA015	Attuazione del protocollo operativo n. 105563/Dir.Dip. Del 10/02/2022: - Richiesta fatturazione; - Solleciti pagamenti; - Attribuzione agli enti della percentuale assegnata	Soglia	Assoluto
DA014	Controlli circa la rilevazione delle presenze, permessi, servizi esterni, ecc. Controlli mensili Istituzione di un registro dove vengono annotati i controlli	Range	%
DA013	Gestione iter per la realizzazione di strutture a valere sul PNRR attribuite alla Centrale di Committenza SORESA o altre centrali di committenza	Range	%
DA012	Programmazione Triennale e Piano annuale degli interventi da eseguire presso gli immobili dell'ASL di Caserta, con raccolta quadro esigenziale delle strutture periferiche	Soglia	Assoluto
DA011	Implementazione dati relativi ad interventi manutentivi eseguiti su struttura ospedaliera	Soglia	Assoluto
DA010	Fascicolo Sanitario Elettronico. N° documenti inviati al fascicolo/N° Totale documenti prodotti	Range	%
DA009	Portale cittadino con accesso SPID e CIE. Messa in esercizio	Soglia	Assoluto
DA008	Liquidazione fatture dalla data di registrazione	Range	%
DA007	Monitoraggio e analisi vetture in dotazione all'azienda	Soglia	Assoluto
DA006	Raccolta e monitoraggio del fabbisogno aziendale con successiva ciclicità di capitolato con predisposizione di un file con aggiornamento mensile	Soglia	Assoluto
DA005	Redazione calendario gare e RDO - in corso; - scadute; - in scadenza; - in proroga	Soglia	Assoluto
DA004	Supporto alla Direzione Strategica nei processi di Audit Interno al fine di migliorare l'efficienza lavorativa	Soglia	Assoluto
DA003	Implementazione modelli uniformi ed appropriatezza di gestione dei macro processi distrettuali con focus su procedure per contenimento costi ed ITP Aziendali	Soglia	Assoluto
D002	Adozione e monitoraggio regolamento aziendale acquisizione beni e servizi	Soglia	Assoluto

3.7 Coerenza con il Piano di Prevenzione della Corruzione

In considerazione del quadro normativo delineatosi a seguito dell'entrata in vigore della **legge n. 190/2012** e dei **decreti legislativi n. 33/2013** e **n. 39/2013**, il Piano è concepito anche quale **strumento di sintesi e coordinamento** dei diversi atti di programmazione di cui l'Azienda si dota. In linea con l'impostazione già promossa dalla **delibera CIVIT n. 6/2013** e con quanto espressamente previsto dal **Piano Nazionale Anticorruzione**, il Piano adotta un **ciclo della performance integrato**, che ricomprende in modo unitario gli ambiti della performance organizzativa e individuale, degli

standard di qualità dei servizi, della trasparenza e dell'integrità, nonché delle misure di prevenzione e contrasto della corruzione.

La **coerenza tra gli obiettivi di performance e il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)** è assicurata attraverso modalità tali da rendere l'attuazione delle misure di trasparenza e integrità una **responsabilità organizzativa diffusa**, rilevante sia ai fini della valutazione collettiva delle strutture sia della valutazione individuale dei dirigenti e del personale.

Schede delle misure generali di prevenzione della corruzione 2026-2028

Misura di prevenzione n. 1 – Codice di comportamento Tab. 61

Misura di prevenzione N.1: Codice di comportamento		
Denominazione misura	Codice di comportamento	
Descrizione misura	Sensibilizzazione e Monitoraggio circa l'attuazione del Codice di Comportamento	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Direzione Generale/RPCT/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Adozione versione aggiornata del Codice di comportamento	Codice di comportamento	Controllabile dall'Amministrazione
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto	Comunicazione al personale	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica circa l'adozione della versione aggiornata del Codice di comportamento	30/06/2026	
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Istituto	31/12/2026, 2027, 2028	
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	31/12/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Codice di comportamento aggiornato	Si/No	100%
Monitoraggio annuale relativo all'attuazione delle norme del Codice di comportamento	Numero di segnalazioni sul mancato rispetto del codice di comportamento	100%

Misura di prevenzione n. 2 – Rotazione del personale-Tab. 62

Misura di prevenzione N.2: Rotazione del personale		
Denominazione misura	Rotazione del personale	
Descrizione misura	Applicazione del principio di rotazione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Direttore Generale	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Previsione della misura nel PTPCT	Informativa adozione misura	Controllabile dall'Amministrazione

Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell'eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva	Comunicazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Previsione della misura nel PTPCT	31/01/2026	
Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	30/12/2026, 2027, 2028	
Attività di sensibilizzazione su obbligo di comunicazione da parte dei dipendenti dell'eventuale avvio di procedimenti penali, a loro carico, per condotte di natura corruttiva	30/06/2025	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Previsione dei criteri di applicazione della misura	Si/No	100%
Monitoraggio sull'applicazione del principio di rotazione	Si/No	30% annuo

Misura di prevenzione n. 3 – Gestione del conflitto di interessi Tab. 63

Misura di prevenzione N.3: Gestione del conflitto di interessi		
Denominazione misura	Gestione del conflitto di interessi	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica a campione della presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate	Esito controlli su base campionaria	Controllabile dall'Amministrazione
Attività di sensibilizzazione in materia di conflitto di interessi	Comunicazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione	30/11/2026,2027,2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Codice di comportamento aggiornato	Si/No	100%
Numero dei controlli	Numero dichiarazioni controllate/Numero dichiarazioni totali	10% nel 2026;15% nel 2027 e 20% nel 2028

Misura di prevenzione n. 4 – Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi-tab 64

Misura di prevenzione N.4: Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi		
Denominazione misura	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT/Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio

Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex art.74,75 DPR 445 del 2000	Dichiarazione su specifica modulistica	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell’attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive ex. Articolo 20 D.Lgs. 39/2013	Tempestivamente, nel rispetto delle scadenze previste ex lege	
Monitoraggio dell’attuazione della misura	30/11/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive	Si/No	100%-
Verifica dell'effettiva attuazione della disciplina	Numero dichiarazioni sul totale dei dirigenti	100%

Misura di prevenzione n. 5 – Attività ed incarichi extra-istituzionali-Tab. 65

Misura di prevenzione N.5: Attività ed incarichi extra-istituzionali		
Denominazione misura	Attività ed incarichi extra-istituzionali	
Descrizione misura	Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile UOC Gestione Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Verifica a campione della presenza della modulistica debitamente	Esito controlli su base campionaria	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione	30/11/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Taraet

Misura di prevenzione n. 6 – Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito-Tab.66

Misura di prevenzione N.6: Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito		
Denominazione misura	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	
Descrizione misura	Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	Comunicazione al personale	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	30/06/2026	
Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	30/11/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Attività di sensibilizzazione e informazione su diritti e obblighi relativa alla segnalazione di illeciti	Si/No	

Monitoraggio delle eventuali segnalazioni pervenute	Numero segnalazioni	100%

Misura di prevenzione n. 7 – Formazione-Tab. 67

Misura di prevenzione N.7: Formazione		
Denominazione misura	Formazione	
Descrizione misura	Interventi formativi/informativi finalizzati alla promozione della cultura della legalità e per la prevenzione e gestione del rischio di corruzione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT / Servizio Formazione	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione	Piano di formazione	Controllabile dall'Amministrazione
Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione	Attività di sensibilizzazione, informazione, formazione fruita	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione	Relazione	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione dell'Istituto che preveda la formazione specialistica (in convenzione con SNA o altri Istituti di formazione)	31/04/2026	
Sessioni di sensibilizzazione, informazione, formazione	30/11/2026	
Monitoraggio e valutazione dell'efficacia della formazione	30/11/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Definizione di una sezione specifica all'interno del Piano di Formazione	Si/No	
Attività di sensibilizzazione, formazione, informazione generale	Numero dipendenti coinvolti, numero totale dipendenti	100%
Attività di formazione specialistica	Soggetti destinatari di formazione specialistica	Numero personale/Numero totale dipendenti

Misura di prevenzione n. 8 – Obiettivi economici-Tab. 68

Misura di prevenzione N.8: Obiettivi economici		
Denominazione misura	Pagamenti fornitori	
Descrizione misura	Pagamenti fornitori in ordine strettamente cronologico	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile UOC Gestione Risorse Economiche e Bilancio	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio

Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Verifica a campione dell'attuazione delle procedure interne previste in materia	30/06/2026 - 2027	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Numero di verifiche a campione	Numero pagamenti controllati/Numero pagamenti totali	100%

Misura di prevenzione n. 9 – Pantouflage-Tab. 69

Misura di prevenzione N.10: Pantouflage		
Denominazione misura	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage)	
Descrizione misura	Adozione disposizioni inerenti attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT/Responsabile UD Gestione e Valorizzazione delle Risorse Umane	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Inserimento Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2024 con specifica clausola inerente	Addendum contratti in essere	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2026 con specifica clausola inerente Pantouflage	30/02/2026	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Addendum contratti in essere con dirigenti di I e II fascia e per quelli di nuova stipula nel 2026 con specifica clausola inerente Pantouflage	Si/No	100%

Misura di prevenzione n. 10 – Misure di digitalizzazione-Tab. 70

Misura di prevenzione N.11: Misure di digitalizzazione		
Denominazione misura	Digitalizzazione dei processi finalizzata alla semplificazione delle procedure.	
Descrizione misura	Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	Responsabile SI	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell'attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	30/10/2026	

Monitoraggio dell’attuazione della misura	30/12/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Digitalizzazione delle principali procedure ai fini della riduzione del rischio e per la prevenzione della corruzione	Si/No	30% dei processi mappati
Report di monitoraggio	Si/No	

Misura di prevenzione n. 11 – Mappatura dei processi-Tab. 71

Misura di prevenzione N.12: Mappatura dei processi		
Denominazione misura	Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio	
Descrizione misura	Completamento mappatura dei processi inerenti le aree di rischio	
Tipologia Misura	Generale	
Responsabile dell'implementazione della misura	RPCT	
Attività di riferimento		
Descrizione attività	Output	Analisi del rischio
Mappatura dei processi interni all'Ufficio	Rappresentazione schematica dei processi individuati	Controllabile dall'Amministrazione
Monitoraggio dell'attuazione della misura	Report	Controllabile dall'Amministrazione
Termine implementazione della misura		
Analisi e rappresentazione schematica dei processi interni agli Uffici	30/11/2026	
Monitoraggio dell'attuazione della misura	30/12/2026, 2027, 2028	
Indicatore		
Denominazione	Formula	Target
Rappresentazione schematica dei processi individuati	Si/No	90%
Report di monitoraggio	Si/No	100%

3.7.1 Ulteriori obiettivi prevenzione corruzione

Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonti e dati	Soggetti competenti
Gare sotto-soglia	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (Per valore economico)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 5%	Adempimenti legge 190/2012	Serv. Provveditorato ed economato Serv. Tecnico Manutentivo e Patrimonio Serv. Ingegneria Clinica Serv. Ingegneria Clinica Dir. dei Distretti e Dipartimenti Str Dir. Amm. PP.OO.
	Acquisti di beni infungibili/Esclusivi/sul totale degli acquisti (per quantità e valore economico)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 5%		
	Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 8%	Percentuale inferiore 5%		
	Percentuale di gare con un'unica offerta valida	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 30%	Percentuale inferiore 25%		
	N. di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa sul numero di acquisti totali	Percentuale superiore 90%	Percentuale superiore 90%	Percentuale superiore 95%		

Pagamenti/Liquidazione	N. di pagamenti effettuati in ritardo rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 5%	Percentuale inferiore 5%		Servizio Controllo Centri accreditati Tutti i servizi aziendali
Fatturazione	Percentuale di fatture registrate in contabilità non corrette	Percentuale inferiore 10%	Percentuale inferiore 8%	Percentuale inferiore 5%		Servizio Economico Finanziario
Commissioni di Gara /Concorsi	N. di componenti di commissione esame. Presenti in oltre il 20% delle commissioni di gara e/o concorsi per l'anno in corso	Percentuale inferiore 20%	Percentuale inferiore 15%	Percentuale inferiore 10%		Serv. Gestione Risorse Umane Serv. Provveditorato ed economato
	Percentuali di Autocertificazione per conflitti di interesse/N. componenti commissioni	100%	100%	100%		
Liste di Attesa/ Attività Alpi	N. di prestazioni erogate in intramoenia/numero di prestazioni erogate in attività istituzionali	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 40%	Percentuale inferiore 40%		Serv. Gestione Risorse Umane Serv. Cup, Liste d'attesa, ALPI
Verifica e controllo della gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero	Report su Controllo sistematico delle attività conseguenti al decesso al fine di uniformare i comportamenti degli operatori coinvolti	100%	100%	100%	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2026-2028 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile
Verifica e controllo delle attività dei servizi esternalizzati di ristorazione, lavanolo ed igiene amb. Perché siano aderenti ai rispettivi capitolati	Controllo sul rispetto dei capitolati da parte delle aziende che forniscono i servizi alla ASL	100%	100%	100%	Relazione annuale sull'esito dell'attività PTPC 2026-2028 Sito aziendale	Direzione Sanitaria ospedaliera Responsabile Coordinatori del Servizio Infermieristico

Tab. 72

3.8 Coerenza con il Piano Triennale della Trasparenza

Stesura della mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, con individuazione delle strutture responsabili all'aggiornamento e successivo monitoraggio obblighi trasparenza.

Migrazione dati nel nuovo sito istituzionale e alimentazione e aggiornamento "area della trasparenza" del sito aziendale.

Relazione rendiconto di attuazione del Piano riferita all'anno e trasmissione alla Direzione.

Tab. 73 Scheda obiettivi Trasparenza

Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026-2028	Fonte dati	Soggetti competenti
Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013 e ss.mm.ii.	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/	100% Verifica positiva da parte	Sito aziendale Responsabile Trasparenza	Dirigenti delle UU.OO.

		totale dati pubblicati	dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Documento di attestazione trasparenza OIV	
Rafforzamento della circolarità delle comunicazioni con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione della giornata della trasparenza		Sito aziendale Responsabile della Trasparenza	Dirigenti delle UU.OO.

Tab.74 Scheda obiettivi Trasparenza

Area Tematica	Obiettivo 2026-2027-2028	Servizio competente	Tempi attuazione
Monitoraggio per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per contare gli accessi alla sezione	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate per raccoglierne i giudizi	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale
Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	100%	UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione	Trimestrale

3.9 Coerenza con le norme della privacy (GDPR)

Il GDPR prevede che il Titolare del trattamento (nel caso specifico il Direttore Generale di questa Azienda) possa nominare quelli che vengono ora denominati *"delegati al trattamento"* e che lo stesso Titolare individui gli *"autorizzate al trattamento dei dati"*; pertanto con specifici atti di Delega sono stati individuati quali *"delegati al trattamento"* in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda in ordine ai profili di responsabilità, i Direttori delle Macrostrutture, i Direttori pro-tempore delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali.

Tab 75 Schede obiettivi privacy

Area Tematica	Obiettivo 2026-2027-2028	Servizio competente	Tempi attuazione

Nomina Delegati al trattamento	100%	DG/ Ref.Privacy	Tempestivo
Produrre informative per “Autorizzati al trattamento dati”	100%	Ref.Privacy	Tempestivo
Individuazione “Autorizzati al trattamento dati” e consegna informative	100%	Tutti i Delegati	Tempestivo
Aggiornamento Linee Guida	100%	DG/ Ref.Privacy/DPO	Tempestivo
Aggiornamento DPIA	100%	DG/ Ref.Privacy	Annuale
Attivare formazione Privacy per I Delegati	100%	Ref.Privacy/Serv. Formazione	Annuale
Attivare formazione Privacy per autorizzati al trattamento dati	100%	Serv. Formazione	Annuale

3.10 Obiettivi LEA. Sistema di garanzia

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini delle ASL ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Il sistema di garanzia di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 56/2000 si configura come un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese le regioni a statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano. Il sistema ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali:

- Efficienza ed appropriatezza organizzativa;
- Efficacia ed appropriatezza clinica;
- Sicurezza delle cure.

Il sistema di garanzia di cui al già menzionato decreto si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'art. 9, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'art. 1, comma 2, del presente decreto e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione. Per l'anno 2020 si è ritenuto sufficiente il monitoraggio di 22 indicatori, i quali sono definiti “CORE” (i restanti 66 indicatori vengono definiti “NO CORE”, all'interno dei quali si trovano 10 indicatori dedicati ai PDTA). Per ciascun indicatore CORE è definita una funzione di valorizzazione che, dato il valore dell'indicatore, calcoli un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente al valore soglia dell'indicatore. La funzione di valorizzazione è elaborata per ciascun indicatore per esaltare o penalizzare alcuni intervalli di valori assunti dall'indicatore e per definire una zona di valori obiettivo a cui attribuire il punteggio massimo. In ogni caso, il fine principale dell'utilizzo delle funzioni di valorizzazione è quello di rendere confrontabili i punteggi di tutti gli indicatori, essendo tutti compresi nello stesso intervallo 0-100 e con punteggio 60 corrispondente alla soglia di sufficienza.

Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli **indicatori CORE** dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100.

Tab 76-Tabella Punteggio LEA 2021/2025 LEA Area Ospedaliera

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Risultato 2024	Risultato 2025
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti)	74,94	89,00	112,92	104,49	
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	27,7%	51%	72,15%	(99,58%)197	
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	0,09	0,09	0,07	0,07	0,1
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	83,52	85%	88,32%	95,48%	97,8%
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	73,94	72%	83,36	73,16%	84,50%
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	34,69	36%	29,87%	16,99%	18,19%
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	33,9	31%	32,82%	20,76%	22,92%

Tab 77 Punteggio LEA 2021/2025 LEA Area Distrettuale

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Risultato 2024	Risultato 2025
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	114	161,3	112,92	125,47	
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	14	18	21,32	30,92	
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	26,0 min	23,2 min	20,93 min	20,93	
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	75%	80%	80,26%	63,2%	
D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	5.196	5.196	5.900	6.118	
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1	71,43	3,56	2,6	5,67	1,91
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2	94	2,75	1,9	3,57	1,11
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	5,18	2,06	1,5	2,53	58,68
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	6,6%	4,36%	7,93%	5,36%	
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	10%	6%	>35	ND	
D33Z - Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto	0,8%	1,2%	>24,6	ND	

alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).					

Tab 78 Tabella Punteggio LEA 2021/2025 LEA Area della Prevenzione

Indicatore	Risultato 2021	Risultato 2022	Risultato 2023	Risultato 2024	Risultato 2025
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,54%	95,60%	95,62%	96,73%	94,75%
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,99%	95,34%	95,90%	97,04%	93,15%
P10Z - Copertura 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 alimentare per il cittadino	100%	100%	100%	99,07%	
P12Z - Copertura 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	100%	100%	97%	100%	
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	0		<40	<40	
P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato mammella	19,39	36,62%	>60	>66	
P15C a - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	10,93	34,36%	29,86%	30,21%	
P15C b - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	4,55	27,74%	23,42%	27,93%	
P15C c - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella		28,36%	38,16%	43,25%	

Tab 79 Dettaglio obiettivi Area Veterinaria

ID			
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Valutazione complessiva del livello basilare di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico	BRUCELLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI- OVICAPRINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili
			TUBERCOLOSI ANIMALI (BOVINI-BUFALINI) Numero totale aziende controllate/numero di aziende controllabili
			TEST BSE SU BOVINI E BUFALINI MORTI % Test su numero animali morti
			TEST TSE SU OVINI E CAPRINI MORTI % Test su numero animali morti
			PIANO SORVEGLIANZA SALMONELLOSI NEGLI ANIMALI Gruppi animali sottoposti a campionamento Salmonella rispetto al numero di gruppi di animali da campionare

P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentari per il cittadino.	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminati negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino attraverso: a) la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento; b) il controllo sulla commercializzazione e l'uso del farmaco veterinario; c) il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.	ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende bovine e bufaline controllate in anagrafe rispetto ai 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1082/2003)
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende ovicaprine controllate in anagrafe rispetto al 3% previsto dal Reg. 2022/160 (che abroga il Reg. 1505/2006)
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale di capi ovicaprina controllati in anagrafe rispetto al 5% previsto
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende suine controllate in anagrafe rispetto al 1% previsto dal Digs 200/2010
			ANAGRAFI ANIMALI * Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana e veterinaria: percentuale delle aziende apiari controllate in anagrafe rispetto ai 1% previsto dal DM 11 agosto 2014
			Esecuzione del piano nazionale alimentazione animale Controlli di farmacosorveglianza veterinaria

4. Rischi corruttivi e trasparenza

4.1 Introduzione

La Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell’ASL Caserta costituisce la sede unitaria di pianificazione strategica e operativa delle misure di prevenzione della corruzione e di attuazione degli obblighi di trasparenza, in attuazione della legge n. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii., nonché in coerenza con il **Piano Nazionale Anticorruzione 2025** e con il quadro normativo vigente.

Tale sezione integra e sostituisce il precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e si inserisce nel più ampio sistema di programmazione del PIAO, assicurando il coordinamento delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza con le altre dimensioni della pianificazione aziendale, in un’ottica di integrazione, semplificazione e orientamento al valore pubblico.

In questo quadro si colloca la **Strategia dell’ASL Caserta per il triennio 2026–2028**, che si pone in piena continuità con quanto già previsto nel PIAO 2025 ed è coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, assumendo un approccio integrato, proporzionato e orientato al miglioramento complessivo dell’azione amministrativa.

La prevenzione della corruzione è intesa come componente strutturale del buon andamento e dell’imparzialità dell’azione amministrativa, finalizzata non solo al contrasto dei fenomeni illeciti, ma anche alla riduzione dei rischi di cattiva amministrazione, opacità decisionale e conflitto di interessi, con particolare riferimento ai processi sanitari, amministrativi e tecnico-contabili a maggiore esposizione al rischio.

In coerenza con il modello PIAO, la strategia anticorruzione dell’ASL Caserta è pienamente integrata nella programmazione aziendale e si fonda su un approccio per processi, che consente di individuare le aree di rischio, definire misure di prevenzione mirate e monitorarne l’effettiva attuazione. La sottosezione *Rischi corruttivi e trasparenza* costituisce, pertanto, il quadro di riferimento unitario per l’attuazione delle misure organizzative, procedurali e soggettive di prevenzione.

Particolare attenzione è riservata al rafforzamento delle misure soggettive di prevenzione, in linea con le indicazioni dell’ANAC, con riferimento, **Strategia per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l’integrità**

In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2026–2028, l’ASL di Caserta attua una strategia integrata di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza e dell’integrità, orientata al miglioramento continuo dei processi organizzativi e decisionali. La strategia è declinata nel PIAO attraverso specifiche linee di intervento, azioni misurabili, indicatori e target annuali, ed è oggetto di monitoraggio periodico e aggiornamento, anche in relazione al contributo degli stakeholder e all’evoluzione del contesto normativo e organizzativo.

In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2025, l’ASL di Caserta definisce e attua le seguenti linee di intervento:

- **Trasparenza e accessibilità dei dati e delle informazioni**
L’ASL di Caserta assicura la completezza, l’aggiornamento e la qualità delle informazioni pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente”, promuovendo l’accessibilità, la comprensibilità e la fruibilità dei dati e dei documenti, anche mediante la razionalizzazione dei flussi informativi e l’uso di strumenti digitali.
- **Semplificazione e digitalizzazione dei processi di prevenzione della corruzione**
L’Azienda sanitaria semplifica e digitalizza i processi di programmazione e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, integrando la gestione del rischio corruttivo nei processi organizzativi e favorendo una lettura unitaria degli strumenti di pianificazione previsti dal PIAO.

- **Promozione dell'integrità e della cultura della legalità**
L'ASL di Caserta promuove il valore dell'integrità pubblica attraverso iniziative di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolte al personale, rafforzando la consapevolezza dei rischi corruttivi e dei comportamenti attesi, in un'ottica di responsabilità e trasparenza dell'azione amministrativa.
- **Correttezza e trasparenza nel conferimento degli incarichi**
L'Azienda garantisce il rispetto della disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, rafforzando i controlli preventivi e successivi, assicurando la tracciabilità delle verifiche e la pubblicazione delle informazioni previste dalla normativa vigente.
- **Trasparenza e controllo nei contratti pubblici e negli approvvigionamenti**
L'ASL di Caserta rafforza la trasparenza e la tracciabilità dei processi di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici, promuovendo l'integrazione dei flussi informativi, la digitalizzazione delle procedure e il monitoraggio delle fasi di esecuzione, al fine di prevenire rischi corruttivi e garantire l'efficacia dell'azione amministrativa.
- **Tutela del segnalante e rafforzamento del whistleblowing**
L'Azienda sanitaria assicura l'operatività e l'adeguamento dei canali di segnalazione degli illeciti, garantendo la riservatezza del segnalante e promuovendo la conoscenza degli strumenti di whistleblowing attraverso attività di informazione e formazione rivolte al personale.

Tabella 80 di attuazione

Linea strategica 1	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Trasparenza e accessibilità	Verifica della strutturazione della sezione "Amministrazione Trasparente"	Esito verifica pubblicato (Sì/No)	Sì – 2026
Trasparenza e accessibilità	Aggiornamento progressivo della struttura e dei contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente"	Stato avanzamento allineamento	Allineamento progressivo 2026–2028
Trasparenza e accessibilità	Adeguamento agli schemi di pubblicazione ANAC per spese, organizzazione, controlli	Attestazione OIV (Sì/No)	Sì – annuale

Linea strategica 2	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Digitalizzazione PIAO	Partecipazione alle iniziative formative sull'utilizzo dei sistemi di supporto alla programmazione anticorruzione	Partecipazione eventi (Sì/No)	Sì – 2026
Digitalizzazione PIAO	Utilizzo degli strumenti informatici disponibili per la redazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO	Utilizzo applicativo (Sì/No)	Sì – annuale

Linea strategica 3	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Integrazione PIAO	Predisposizione progressiva di una mappatura unica e integrata dei processi a rischio	Completamento mappatura (%)	100% entro 2027
Integrazione PIAO	Coordinamento tra RPCT e strutture coinvolte nella redazione del PIAO	Misure di coordinamento formalizzate (Sì/No)	Sì – 2026

Linea strategica 4	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Incarichi pubblici	Adeguamento dei modelli interni di dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità	Adeguamento ai modelli ANAC (Sì/No)	Sì – 2026
Incarichi pubblici	Rafforzamento dei controlli a campione sugli incarichi conferiti	Incremento controlli rispetto all'anno precedente	+5% annuo

Linea strategica 5	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Contratti pubblici	Consolidamento delle competenze del personale coinvolto nella fase di esecuzione dei contratti	% personale formato	≥ 80% entro 2028

Linea strategica 6	Azione (ASL Caserta)	Indicatore	Target
Whistleblowing	Iniziative di sensibilizzazione sul sistema di segnalazione	N. iniziative	≥ 1 annua
Whistleblowing	Formazione del RPCT, del gestore della segnalazione e degli attori chiave	N. eventi formativi	≥ 1 annua
Whistleblowing	Adeguamento del canale interno alle nuove linee guida ANAC	Canale aggiornato (Sì/No)	Sì – 2027

Tali misure sono accompagnate da un sistema strutturato di controlli di primo e secondo livello, che vede il coinvolgimento delle strutture competenti e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), in raccordo con l'attività di vigilanza dell'ANAC.

La trasparenza è valorizzata quale strumento essenziale di prevenzione, orientato non solo all'adempimento formale degli obblighi di pubblicazione, ma alla qualità, completezza, aggiornamento e accessibilità delle informazioni pubblicate nella sezione *Amministrazione Trasparente*, al fine di favorire il controllo diffuso e rafforzare la fiducia dei cittadini.

La strategia 2026–2028 attribuisce, inoltre, un ruolo centrale alla formazione continua del personale e alla promozione di una cultura dell'integrità e della responsabilità, quali misure trasversali di prevenzione della corruzione. In tale ambito, l'ASL Caserta, anche su impulso del RPCT, promuove percorsi formativi obbligatori e specifici in materia di anticorruzione, trasparenza, codice di comportamento, conflitto di interessi e responsabilità, integrandoli con gli strumenti nazionali per lo sviluppo delle competenze, tra cui la piattaforma Syllabus, a partire dal 2026.

L'attuazione della strategia è supportata da un sistema di monitoraggio periodico, basato su indicatori semplici e misurabili, che consente di valutare il livello di attuazione delle misure, individuare eventuali criticità e orientare gli aggiornamenti annuali del PIAO, in un'ottica di miglioramento continuo. Il RPCT svolge un ruolo centrale nel coordinamento, nel monitoraggio e nella valutazione dell'efficacia complessiva delle misure di prevenzione, assicurando la coerenza dell'azione aziendale con il quadro normativo e con gli indirizzi dell'ANAC.

4.2 Anagrafica

Per quanto attiene l'anagrafica dell'Amministrazione si rimanda alla sezione 1 "Anagrafica" del PIAO contenente tutte le indicazioni necessarie per conoscere e rivolgersi all'Amministrazione. Si aggiungono alle informazioni suddette, come da indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, i riferimenti del RPCT, il ruolo svolto all'interno dell'Ente, la data dell'atto di nomina e la struttura di riferimento (paragrafo 2.3.3).

4.3 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

L'Azienda Sanitaria Locale ha individuato come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dirigente Avvocato Francesca Landolfi, come da delibera 1017 del 06/06/2024. L'Avv. Landolfi è Direttore ff della UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy.

4.4 Il processo di gestione del rischio di corruzione

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle seguenti fasi:

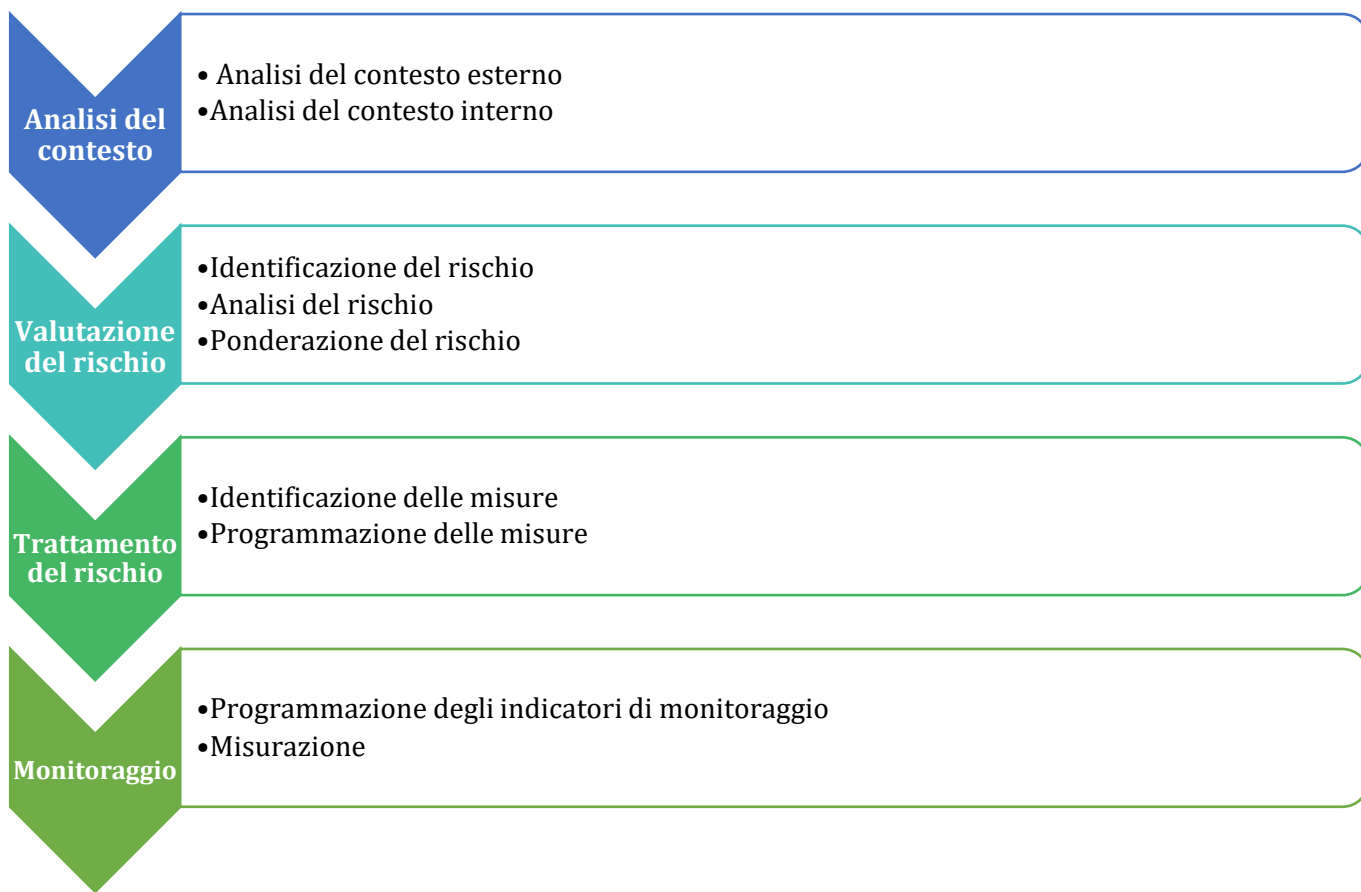


Fig. 105

I soggetti responsabili dell'attuazione della strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza costituiscono una responsabilità diffusa che coinvolge l'intera organizzazione aziendale. Tutti gli operatori dell'ASL Caserta concorrono, ciascuno per il proprio ambito di competenza e livello di responsabilità, all'attuazione delle misure previste nella presente Sezione *Rischi corruttivi e trasparenza* del PIAO, nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, correttezza e buon andamento dell'azione amministrativa.

In coerenza con la legge n. 190/2012, con il d.lgs. n. 33/2013, con il d.lgs. n. 39/2013 e con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, di seguito sono individuati i principali soggetti responsabili dell'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno dell'Azienda.

a) Direzione Generale (Organo di indirizzo politico-amministrativo)

La Direzione Generale esercita un ruolo centrale di indirizzo e impulso strategico in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e si avvale del supporto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), mantenendo con lo stesso un dialogo costante e costruttivo finalizzato alla definizione di misure effettive e sostenibili di prevenzione dei fenomeni di *maladministration*.

In qualità di organo di indirizzo politico-amministrativo, la Direzione Generale:

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, da integrare nei documenti di programmazione strategico-gestionale e nel PIAO;
- designa il RPCT;
- adotta il PIAO e i relativi aggiornamenti;

- adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- può richiedere al RPCT relazioni e approfondimenti sull'attività svolta.

b) Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è il soggetto preposto a coordinare il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, collaborando con la Direzione strategica, i dirigenti e tutte le strutture aziendali, affinché l'azione amministrativa sia improntata ai principi di legalità, integrità e imparzialità.

L'obiettivo principale assegnato al RPCT è la predisposizione, attuazione e verifica della tenuta complessiva del sistema di prevenzione, al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione e di rischio corruttivo.

Compiti e funzioni del RPCT

In coerenza con il PNA 2025, il RPCT esercita in particolare:

- vigilanza sull'attuazione delle **misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza**;
- funzioni in materia di **whistleblowing**;
- attribuzioni in materia di **inconferibilità e incompatibilità degli incarichi**;
- compiti relativi all'**Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA)**;
- funzioni di coordinamento in materia di **contrasto al riciclaggio**, in raccordo con il soggetto "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette.

In materia di prevenzione della corruzione

Il RPCT:

- predispone e propone all'organo di indirizzo la Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, assicurandone l'idoneità rispetto al contesto organizzativo dell'Azienda;
- vigila sull'attuazione delle misure di prevenzione da parte di tutti i destinatari;
- segnala all'organo di indirizzo e all'OIV eventuali disfunzioni o criticità nell'attuazione delle misure;
- indica agli uffici competenti per i procedimenti disciplinari i nominativi dei dipendenti che non abbiano correttamente attuato le misure previste.

I risultati dell'attività svolta sono rendicontati nella Relazione annuale del RPCT, pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda.

In materia di trasparenza

Il RPCT:

- programma le attività necessarie a garantire l'attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza;
- organizza i flussi informativi per l'individuazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati;
- monitora la qualità, completezza e tempestività delle pubblicazioni;
- segnala gli inadempimenti all'OIV, all'organo di indirizzo politico, all'ANAC o all'UPD, in relazione alla gravità delle violazioni.

Il RPCT è inoltre:

- destinatario delle istanze di accesso civico semplice;
- competente per il riesame delle istanze di accesso civico generalizzato in caso di diniego o mancata risposta.

In materia di whistleblowing e imparzialità soggettiva

Il RPCT svolge un ruolo centrale nella gestione delle segnalazioni di whistleblowing ed esercita funzioni di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di:

- inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- conflitto di interessi;
- divieto di pantouflage.

Supporto organizzativo al RPCT

In linea con le indicazioni dell'ANAC (Determinazione n. 12/2015, Deliberazione n. 22/2016 e PNA 2023-2025), al RPCT deve essere garantito un **adeguato supporto organizzativo**, attraverso una struttura proporzionata per risorse umane, strumentali e finanziarie, anche mediante l'eventuale istituzione di un ufficio dedicato posto alle dirette dipendenze del RPCT, a tal fine l'attuale atto aziendale ha previsto una specifica Unità Operativa Complessa.

c) Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

Sono individuati quali **Referenti aziendali**:

- i Direttori delle Strutture Complesse;
- i Direttori dei Presidi Ospedalieri;
- i Direttori dei Distretti Sanitari;
- i Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi Centrali.

I Referenti svolgono un ruolo di raccordo tra il RPCT e le strutture di appartenenza e sono chiamati a:

- collaborare alla mappatura dei processi;
- monitorare la gestione dei beni e delle risorse;
- vigilare sull'attuazione del Codice di comportamento, sull'obbligo di astensione, sulla rotazione ordinaria e sul divieto di pantouflage;
- individuare il personale da avviare a percorsi formativi specifici;
- trasmettere report semestrali al RPCT;
- segnalare eventuali fenomeni corruttivi;
- assicurare il rispetto degli obblighi di trasparenza.

d) Dirigenti aziendali

I dirigenti sono responsabili della concreta attuazione delle misure di prevenzione nell'ambito delle strutture di competenza e concorrono attivamente alla gestione del rischio corruttivo, ai sensi della legge n. 190/2012 e dell'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.

Essi garantiscono:

- collaborazione attiva nella progettazione delle misure;
- promozione della cultura della legalità;
- informazione verso il RPCT;
- attuazione e monitoraggio delle misure di competenza.

e) Dipendenti e collaboratori

Tutti i dipendenti:

- osservano le prescrizioni della presente Sezione e del Codice di comportamento;
- partecipano alla gestione del rischio corruttivo;
- segnalano illeciti e conflitti di interessi;
- partecipano alle attività formative.

I collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti al rispetto delle misure previste e alla segnalazione di situazioni di illecito.

f) Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'OIV:

- verifica la coerenza della Sezione anticorruzione con la programmazione strategica;
- Verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza,

- Verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti,
- Riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale,
- Rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

g) Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD:

- Esamina le segnalazioni relative a violazioni dei Codici di comportamento aziendale e Disciplinare;
- Svolge i procedimenti disciplinari di competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti riferiti ad ipotesi di eventi corruttivi, pur eventualmente sospesi per un processo penale pendente;
- Svolge attività di vigilanza e, in raccordo con il RPCT, di monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

h) RASA e Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio

Il **Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA)** cura l'inserimento e l'aggiornamento dei dati AUSA di cui all'art. 33-Iter del DL 08.10.2012 n. 179; Il Direttore dell'UOC Provveditorato, dott.ssa Marisa Di Sano, è stata individuata RASA per l'ASL di Caserta.

Il **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio** opera in raccordo con il RPCT, secondo quanto previsto dal D.M. Interno 25.09.2015 e dal PNA. Il PNA 2016 richiama il Decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 riferito alla determinazione degli indicatori di anomalia, per agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, da parte degli uffici della P.A., in merito alla previsione di adeguati meccanismi di coordinamento tra il soggetto individuato quale "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette ed il RPCT.

Fig. 106



4.5 Analisi del contesto esterno – rischi corruttivi

Per l'analisi del **contesto esterno generale** si rinvia al paragrafo sul Valore Pubblico. La presente sezione è dedicata esclusivamente all'analisi del **contesto esterno sotto il profilo dei rischi corruttivi**.

Tale analisi è stata operata attraverso il Cruscotto Contesto elaborato dall'ANAC e raggiungibile attraverso il seguente link: <https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps&screenId=8e785fea-9a24-45ed-b086-6c5cf0cd1518&showMenu=false>

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: *criminalità, istruzione, economia e territorio*.

Indicatore composito dei compositi

L'indicatore Composito dei compositi ha l'obiettivo di sintetizzare, in un unico indicatore, la complessità e la multidimensionalità della corruzione. Per tale motivo è calcolato utilizzando i seguenti domini: istruzione, criminalità, economia e territorio, capitale sociale. L'analisi del contesto esterno, infatti, si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche culturali, economiche, sociali del territorio nel quale l'amministrazione opera, tali da poter favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi. Tale metodologia è alla base della misurazione del Benessere Equo e Sostenibile dell'ISTAT e di altri indicatori di misurazione di fenomeni complessi multidimensionali sia a livello nazionale che internazionale. Si riporta di seguito quanto riportato sul Cruscotto ANAC in merito alla Provincia di Caserta.

Fig.107. Indicatore composito dei compositi (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)

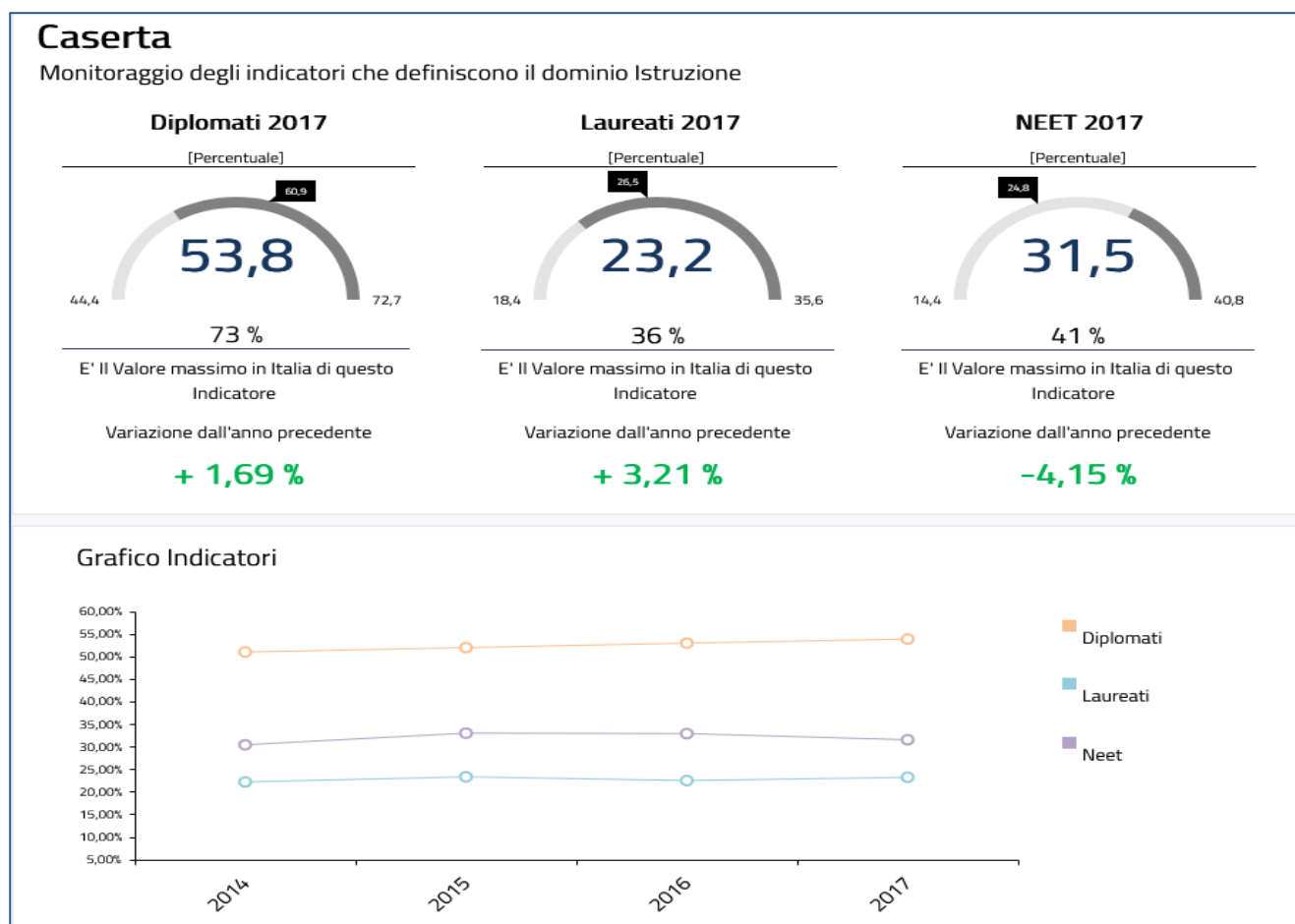


4.5.1 Contesto Socio-Economico e Rischio di Infiltrazione Criminale

Indicatori di istruzione

Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione. Una possibile spiegazione è che gli individui con livelli di istruzione più elevati abbiano acquisito competenze e conoscenze che li rendono più consapevoli del valore delle libertà civili e meno tolleranti nei confronti della corruzione. Per le stesse ragioni, livelli più elevati di corruzione mediamente sono associati a livelli più bassi di capitale umano. A ciò si aggiunge che dove la corruzione è maggiore, l'emigrazione qualificata è significativamente più elevata, generando problemi di fuga di cervelli. Nel cruscotto sono analizzati il numero di diplomati, il numero di laureati e il numero di giovani (15-29 anni) che non hanno un'occupazione regolare e non seguono un percorso di studio (NEET – Not in Education, Employment or Training).

Fig. 108 Indicatori di istruzione (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)

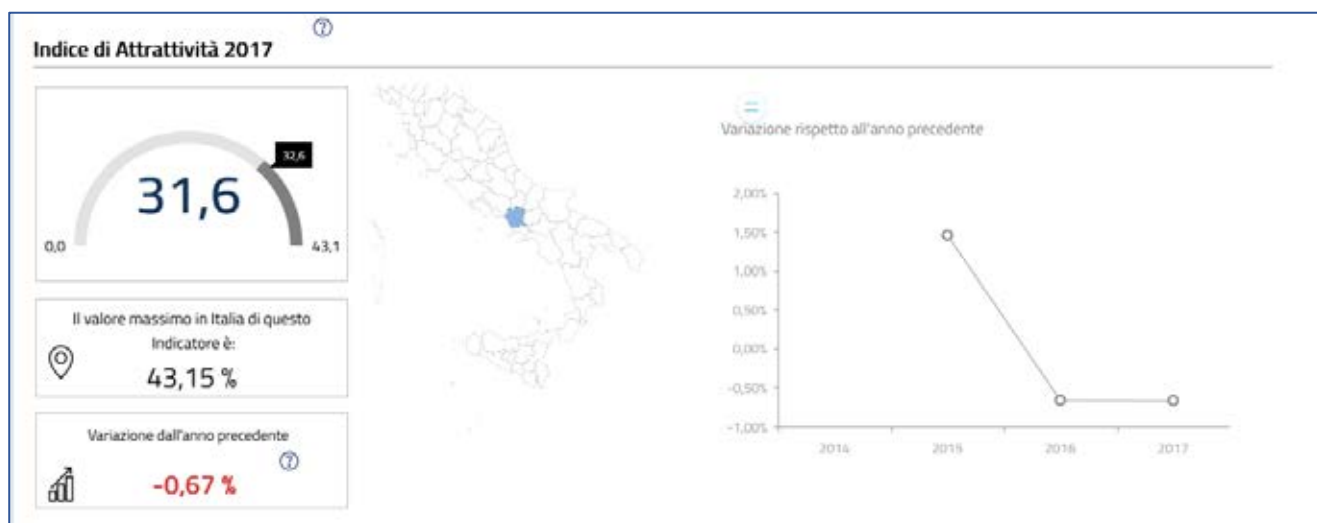


Indicatori di economia

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici. Infine, una gestione efficiente dello smaltimento dei rifiuti urbani, spesso esposta alla corruzione in quanto oggetto di cattura da parte degli operatori economici e della criminalità organizzata, è associata a bassi livelli di corruzione.

Fig. 109-110-111 Indicatori di economia (Fonte Cruscotto Contesto ANAC)





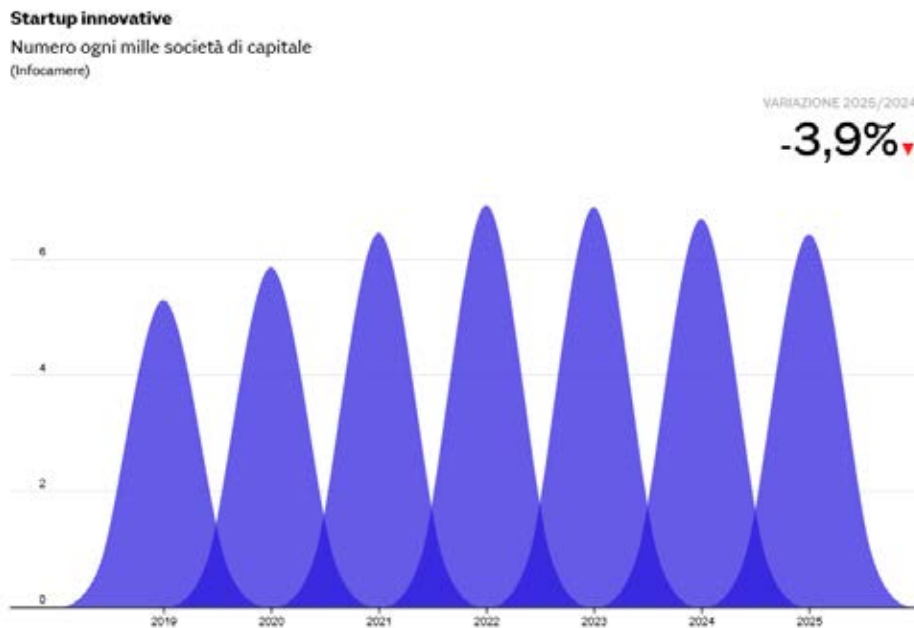
La presenza di un tessuto socio-economico caratterizzato da tassi di disoccupazione e disagio più elevati rispetto alla media nazionale e la tendenza a una maggiore incidenza della criminalità predatoria generano una pressione costante sui servizi pubblici.

Fig. 112 Ricchezza e consumi



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

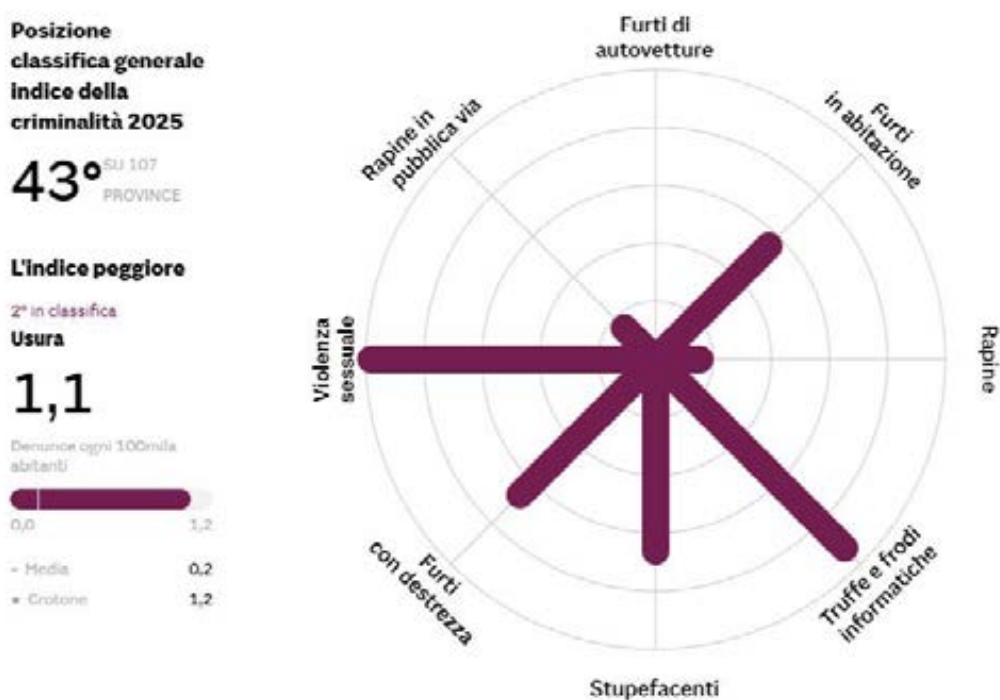
Fig. 113 Start up e lavoro



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

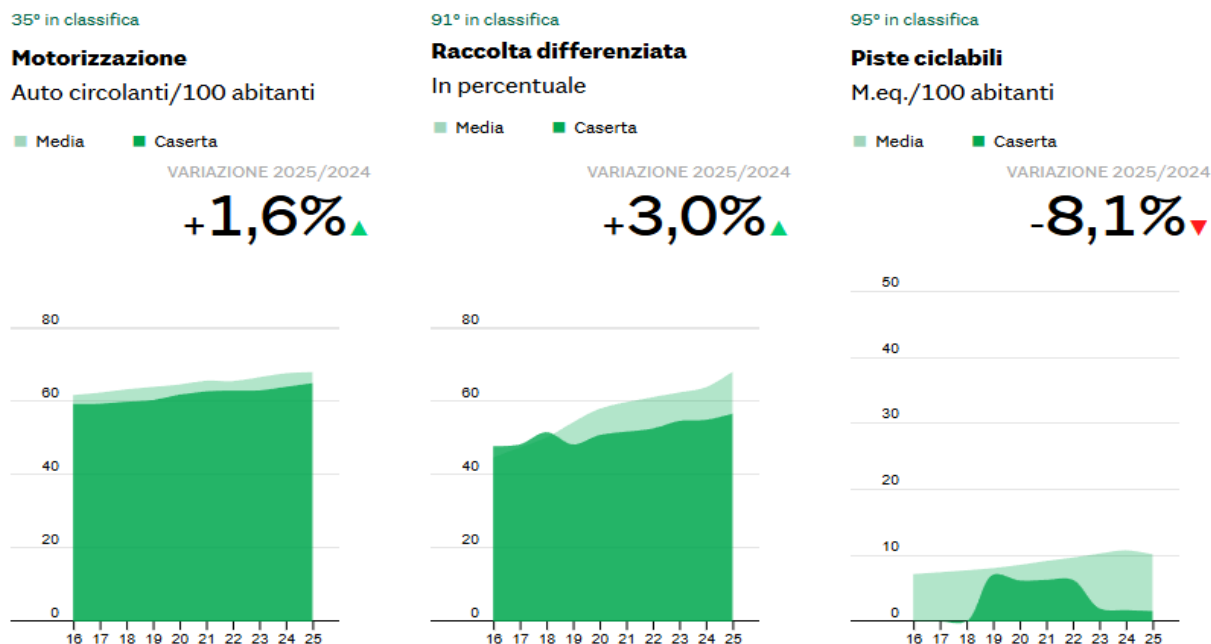
Il fattore di rischio più rilevante è l'accertata presenza e l'operatività della criminalità organizzata. Questo non è un semplice rischio sociale, ma un rischio sistemico che minaccia l'integrità aziendale. Tale rischio si concretizza attraverso: condizionamento delle gare e degli appalti; pressioni sul personale aziendale; interferenza nella gestione dei rifiuti ecc.

Fig. 114 Giustizia e sicurezza



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

Fig. 115 Ambiente e servizi



Fonte: Qualità della vita 2025 – Lab 24 – Il Sole 24 ore (https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/caserta?refresh_ce=1)

Indicatori di criminalità

La diffusione della corruzione può essere notevolmente influenzata dai livelli complessivi di criminalità, dall'efficacia del sistema giuridico nel contrastarla, dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

L'indicatore Reati di corruzione, concussione e peculato considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno scambio tra un funzionario pubblico e un soggetto esterno (corruzione e concussione), o un abuso di potere per il profitto privato del funzionario (peculato); altri indicatori – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali; Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica; Altri reati contro la PA – includono delitti in cui lo scambio illecito e/o l'abuso di potere costituiscono un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato. In questo caso la corruzione e/o l'abuso di potere non sono necessariamente oggetto di accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.

Fig. 116 Dominio Economia Provincia Caserta Anno 2017

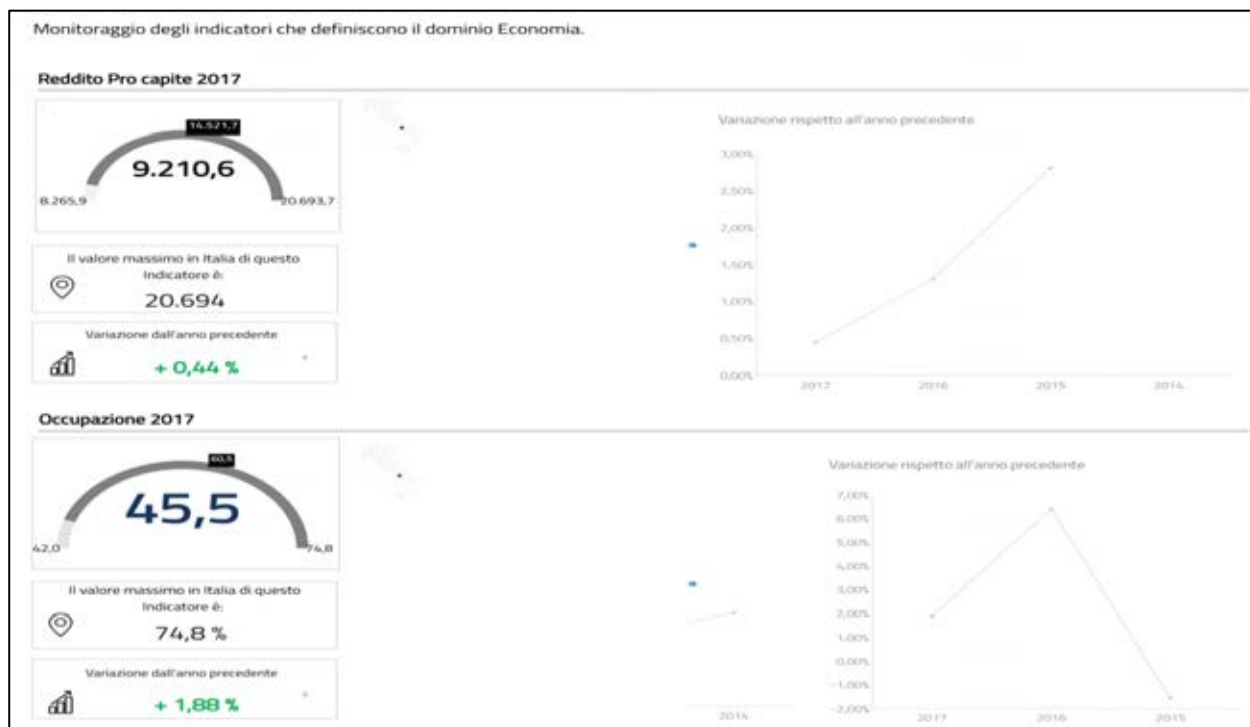
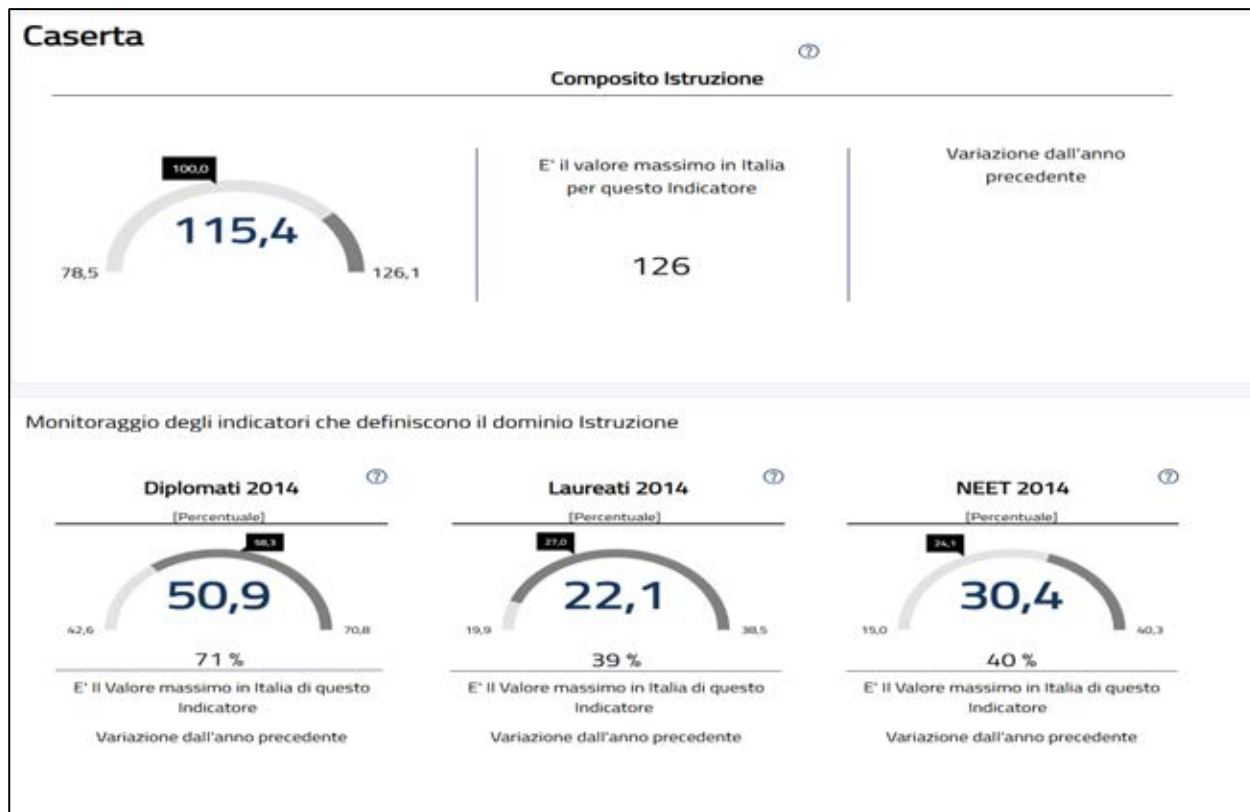


Fig. 117

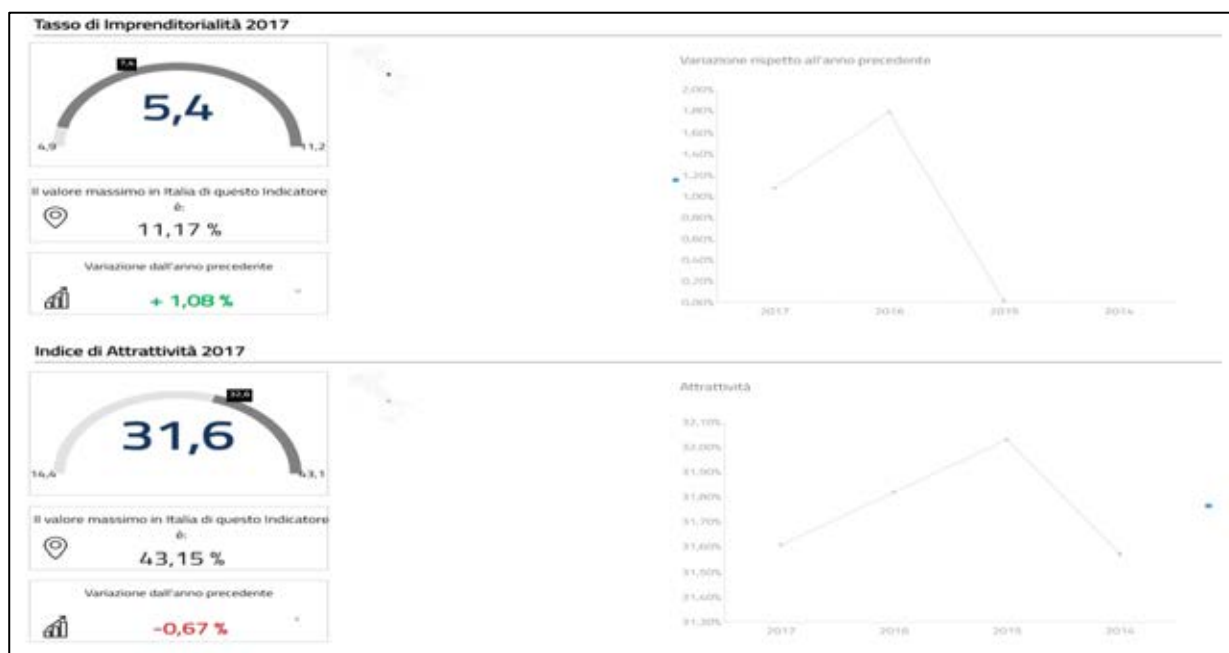


Fig.118 Dominio Criminalità Provincia Caserta Anno 2017

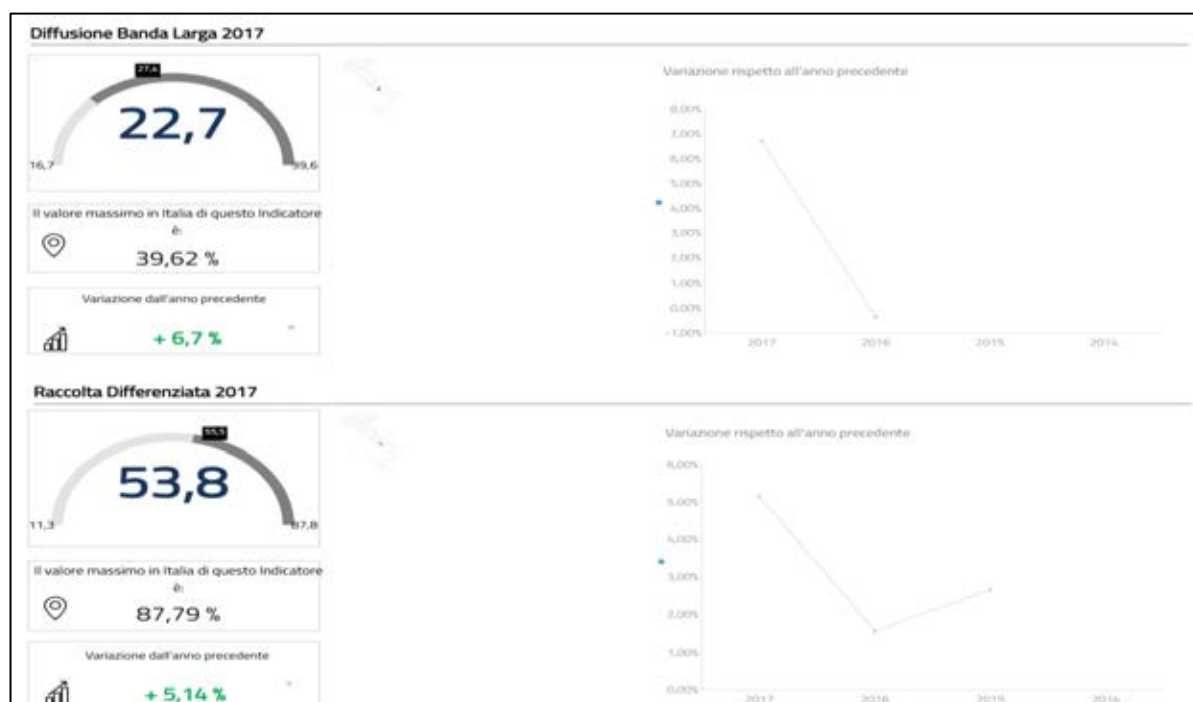


Fig. 119

Fig.120 Dominio Capitale Sociale Provincia Caserta Anno 2017



Fig. 120

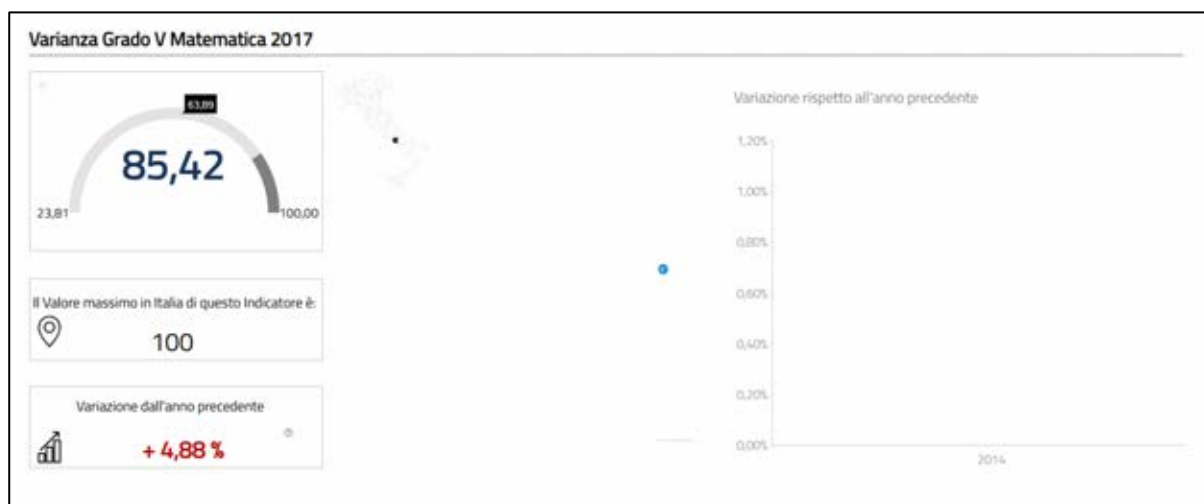
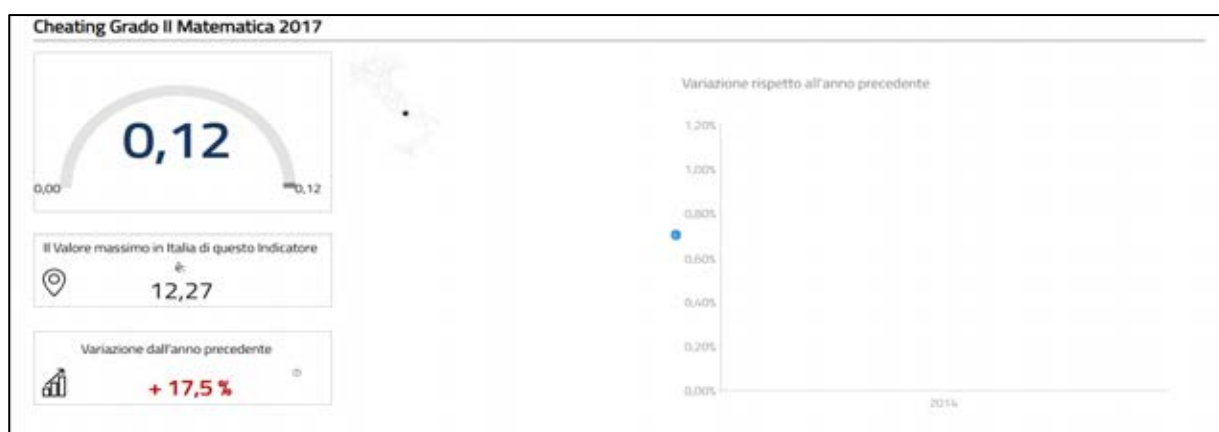
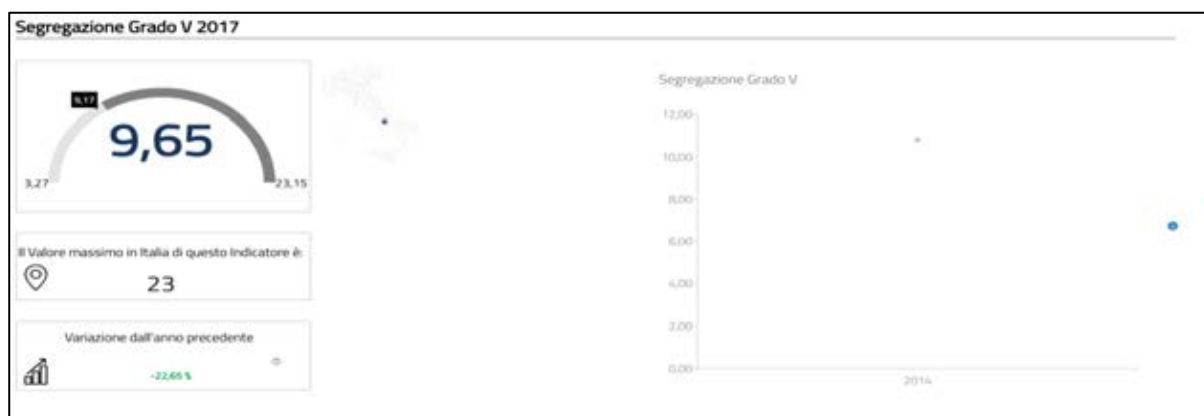


Fig. 121-122-123

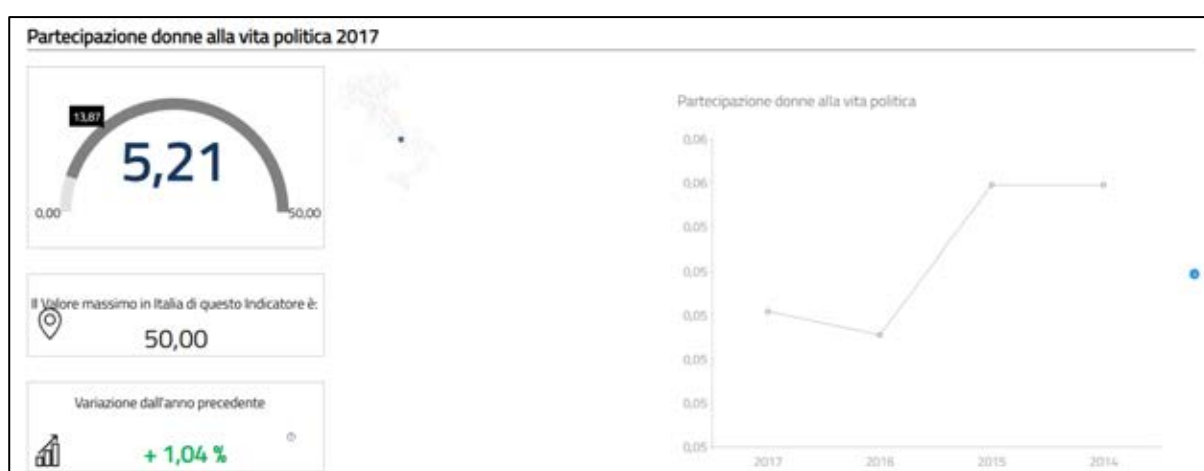
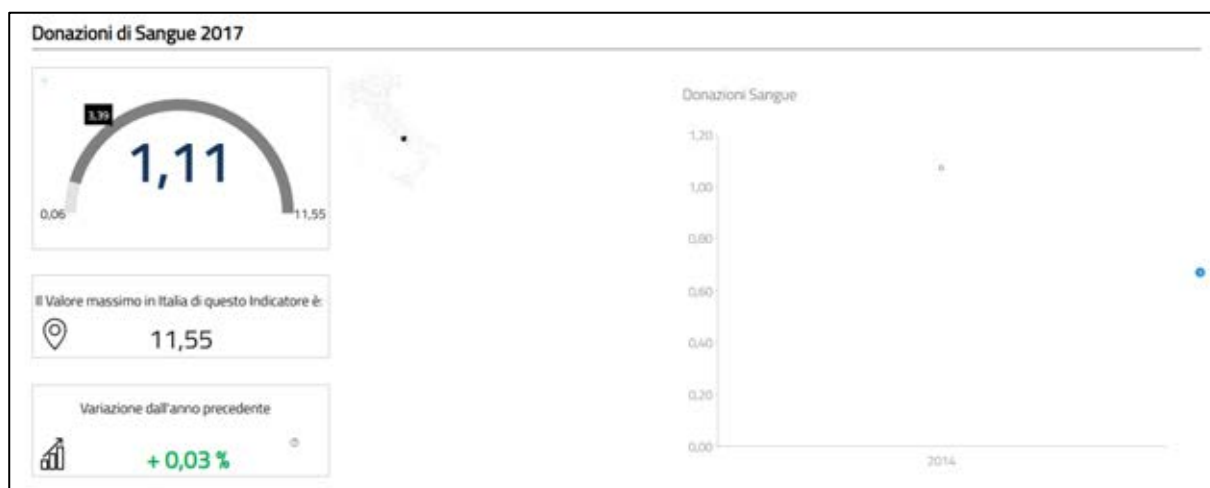
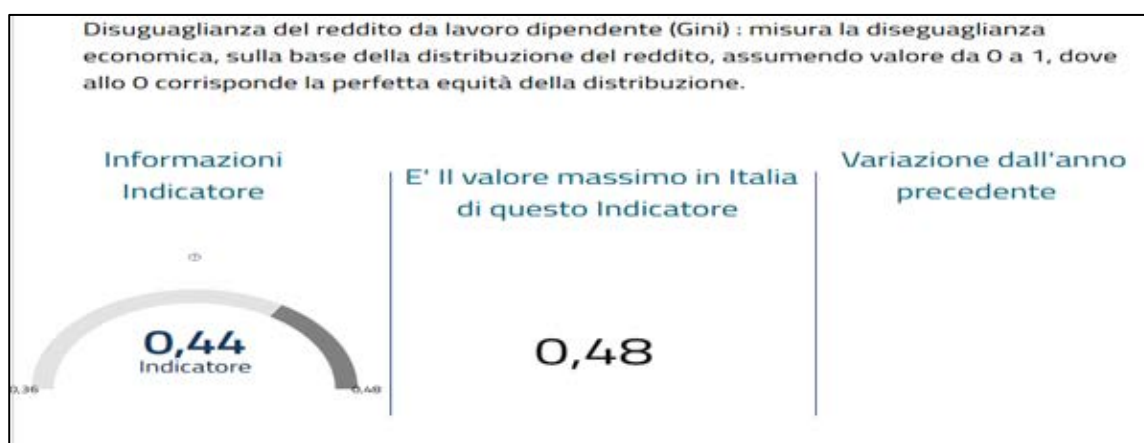


Fig. 124-125-126-127-128- Altri Indicatori Provincia Caserta Anno 2023



Archiviazione reati di corruzione, concussione e peculato : rapporto tra il numero dei procedimenti penali archiviati per reati di corruzione, concussione e peculato e la popolazione residente (reati ogni 100.000 abitanti).

Informazioni
Indicatore



E' Il valore massimo in Italia
di questo Indicatore

336,53

Variazione dall'anno
precedente

Archiviazioni reati contro l'ordine pubblico e ambientali : rapporto tra il numero dei procedimenti penali archiviati per reati contro l'ordine pubblico e ambientali e la popolazione residente (reati ogni 100.000 abitanti).

Informazioni
Indicatore



E' Il valore massimo in Italia
di questo Indicatore

23,84

Variazione dall'anno
precedente

Archiviazioni reati contro il patrimonio e l'economia pubblica : rapporto tra il numero dei procedimenti penali archiviati per reati contro il patrimonio e l'economia pubblica e la popolazione residente (reati ogni 100.000 abitanti).

Informazioni
Indicatore



E' Il valore massimo in Italia
di questo Indicatore

663,26

Variazione dall'anno
precedente



Fig 129

4.5.2 Categorie Stakeholder

L'analisi delle cause della corruzione nella P.A. ha evidenziato sostanzialmente due matrici fondamentali: una economica e una socio-culturale.

Il complesso fenomeno della corruzione è stato esaminato nei suoi molteplici fattori scatenanti, tra i quali la presenza di posizioni monopolistiche di rendita, l'esercizio di poteri discrezionali, la mancanza del grado di trasparenza e di accountability o di responsabilizzazione.

La repressione della corruzione parte da una politica di prevenzione della stessa, agendo sull'integrità morale dei funzionari pubblici attraverso i codici etici, disciplinando le varie incompatibilità, intervenendo sulla formazione, garantendo la trasparenza dell'azione amministrativa e l'efficacia dei controlli interni.

Al fine della salvaguardia della integrità e della prevenzione della corruzione ed illegalità si è ritenuto necessario rilevare specifiche informazioni in merito ai **"soggetti portatori di interesse della comunità" (cd. stakeholder)**, che rappresentano la collettività di riferimento dell'Amministrazione, sono i soggetti che contribuiscono alla realizzazione della missione istituzionale e sono perciò in grado di influenzare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ma sono anche i soggetti interessati alle attività dell'amministrazione senza poterle "influenzare".

Degli stakeholder fanno parte sicuramente gli utenti, attuali o potenziali, e i dipendenti, ma anche altre amministrazioni pubbliche o la collettività, incluso le istituzioni pubbliche di vario livello, i gruppi organizzati quali associazioni di utenti o cittadini, associazioni di categoria, sindacati, associazioni del territorio (associazioni culturali, ambientali, sociali), oppure gruppi non organizzati (imprese, enti non profit, cittadini e collettività, mass media).

Va evidenziato che spesso gli stakeholder sono potenziali partner dell'amministrazione e la loro analisi può consentire di mettere a fuoco opportunità di collaborazione e di sviluppo di strategie comuni. L'Amministrazione non può prescindere dalla centralità del ruolo degli stakeholder. Il concetto di rendicontazione della performance è infatti inteso nell'accezione di rendicontazione sociale, che è lo strumento col quale l'amministrazione risponde alle esigenze di accountability, relazionando sulle ricadute sociali delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti (stakeholder) che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate.

L'individuazione degli stakeholder

L'individuazione e la scelta degli stakeholder rappresenta un passaggio fondamentale nella "relazione pubblica" che si vuole attivare con la propria comunità. In sostanza, lo stakeholder è un soggetto (una persona, un'organizzazione o un gruppo di persone) che ritiene di detenere un "titolo" per entrare in relazione con una determinata organizzazione.

Un soggetto le cui opinioni o decisioni, i cui atteggiamenti o comportamenti, possono oggettivamente favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione. Gli stakeholder rappresentano quindi una molteplicità complessa e variegata di "soggetti portatori di interesse della comunità".

Per rilevare le categorie degli stakeholder è necessario analizzare il contesto e la collettività di riferimento che l'Amministrazione si trova a governare.

Gli stakeholder della ASL Caserta sono riconducibili alle seguenti categorie:

STAKEHOLDER INTERNI

- Soggetti interni all'organizzazione aziendali, a prescindere dal rapporto di lavoro o giuridico che li lega alla stessa

STAKEHOLDER ESTERNI

Stakeholder chiave:

- o Soggetti pubblici, privati, associazioni non profit, in alcuni casi impegnati a soddisfare bisogni pubblici affini a quelli dell'amministrazione. L'identificazione di questi stakeholder ha come beneficio il costante monitoraggio e il parallelo aggiornamento dell'azione amministrativa. L'azione di coinvolgimento consisterà sovente nel rendere questi soggetti più interessati e partecipi alle decisioni dell'amministrazione;

Stakeholder collettivi:

- o utenti

Stakeholder delle istituzioni:

- o Ministeri;
- o Comando Carabinieri NAS;
- o Guardia di Finanza;
- o Ispettori
- o Sindaci dei Comuni nel quale insiste l'ASL
- o Presidenti regione e Provincia
- o Università;

Stakeholder sociali: Esponenti della società civile individuabili tra:

- 2 Esecutori di lavori, forniture e servizi pubblici;
- 3 Soggetti interessati o controinteressati all'erogazione di vantaggi e/o di ogni altra utilitas;
- 4 Ordini professionali;
- 5 Organizzazioni Sindacali;
- 6 Associazioni esponenziali di interessi diffusi o collettivi.
- 7 Associazioni di categoria
- 8 Associazioni di volontariato
- 9 Media.

4.6 Analisi del contesto interno

4.6.1 Contesto interno – Organizzazione aziendale

Per l'analisi del contesto interno si rinvia al paragrafo “Valore Pubblico” e al paragrafo “Organizzazione e Capitale umano”.

4.6.2 Contesto interno – Procedimenti disciplinari – Procedimenti penali

Con nota prot. 0297741/UPD del 18.12.2025 l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, in riscontro alla richiesta prot. 290486/ASL del 10.12.2025, ha comunicato che i dipendenti sottoposti a procedimenti penali e/o disciplinari o per violazioni del Codice di Comportamento in corso all'anno 2025, compreso il personale convenzionato (Commissione UPD giusta delibera n. 226/22025) sono in totale 53, di cui n. 3 Archiviati, n. 1 sospeso fino a esito procedimento penale ex artt. 81, 476, 479, 640 bis, 61 n. 9 c.p.; n. 2 in corso e n. 49 conclusi con “rimprovero verbale”.

4.7 Mappatura dei processi e gestione del rischio

L'illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno ed interno di una amministrazione è, infatti, elemento essenziale del Piano della performance, così come costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. La finalità è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dall'analisi del rischio e dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

In modo sintetico le fasi sono:

- La mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- La valutazione del rischio per ogni processo;
- La definizione delle misure per la prevenzione;
- L'attività di monitoraggio e valutazione.

La Mappatura dei Processi costituisce l'attività strategica e propedeutica indispensabile per l'efficace attuazione della Gestione del Rischio e, in particolare, delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza. Tale attività consiste nell'identificazione, descrizione e rappresentazione di tutti i macroprocessi e dei relativi processi interni all'Ente, al fine di esaminare l'intera attività svolta e di individuare le aree che, per la loro natura e specificità, sono più esposte a rischi, soprattutto di natura corruttiva. L'analisi del rischio, condotta in coerenza con le metodologie stabilite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e ispirata allo standard ISO 31000, valuta sia la Probabilità che l'Impatto del verificarsi degli eventi rischiosi. I risultati di questa valutazione guidano l'individuazione e la progettazione di misure di Trattamento del Rischio specifiche e puntuali, volte a ridurre o eliminare le vulnerabilità riscontrate. Questo approccio sistematico è fondamentale per garantire non solo l'integrità, ma anche l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di performance e all'incremento del Valore Pubblico.

“Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno dell'amministrazione (utente)”.

La prima parte, pertanto, ha riguardato la definizione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione con riferimento a tutta l'attività svolta all'interno dell'amministrazione e non solo, quindi, a quei processi ritenuti a rischio. Si è passato, poi alla descrizione del processo stesso cercando di darne descrizione analitica secondo gli elementi utili identificati dall'ANAC in sede di PNA 2019

(Allegato 1 “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”) ed in particolare: input, output, sequenza di attività che consente di raggiungere l’output; responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo; tempi di svolgimento; vincoli; risorse; interrelazione tra processi e criticità del processo.

La seconda parte dell’analisi si è concentrata sulla valutazione del rischio di corruzione, un processo cruciale articolato in diverse fasi consecutive:

- **Identificazione del Rischio:** è la fase fondamentale della gestione. La sua efficacia è direttamente collegata al livello di collaborazione tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i responsabili delle singole unità organizzative. I responsabili degli uffici possiedono una conoscenza profonda delle attività specifiche e possono, in concreto, facilitare l’individuazione degli eventi rischiosi e dei punti deboli. Pertanto, la mancanza di cooperazione rende l’identificazione di tali eventi significativamente più complessa.
- **Analisi del Rischio (tramite fattori abilitanti):** l’analisi del rischio previamente identificato ha consentito - attraverso l’analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione - di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Il ricorso ai fattori abilitanti ha contribuito, in modo determinante, all’individuazione delle misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi corruzione.

Tab. 82- Fattori abilitanti

Fattori abilitanti (fattori/Cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)			
	SI	NO	NOTE
Mancanza di controlli			
Mancanza di trasparenza			
Eccessiva regolamentazione/complessità			
Scarsa chiarezza della normativa di riferimento			
Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			
Scarsa responsabilizzazione interna			
Competenze del personale addetto ai processi inadeguate			
Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo			
Inadeguata diffusione della cultura della legalità			
Altro (specificare nella riga sottostante)			
Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio			
	SI	NO	NOTE
Dati sui precedenti giudiziari			
Dati su procedimenti disciplinari			
Reclami			
Segnalazioni pervenute			
Pubblicazione evento su giornali/riviste			
Analisi del rischio di corruzione (indicatori di stima)			
	ALTO	MEDIO	BASSO
Discrezionalità dei processi			
Interesse esterno			
Controlli			
Efficacia della trasparenza			
Grado di attuazione delle misure di trattamento			
Personale coinvolto nella gestione del rischio			
Livello di rischio complessivo			
Trattamento del rischio (individuazione e programmazione delle misure)			
	Esistente/Nuova	Tempistiche	Indicatori
Misura di controllo			N. controllo effettuati/n. pratiche-provvedimenti
Misura di trasparenza			Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell’etica (Codice comportamento aziendale)			Rispetto codice comportamento aziendale
Misure di regolamentazione			Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
Misure di formazione			N. partecipanti ad un corso/n. interessati al corso

Misura di sensibilizzazione e partecipazione			<i>N. iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti</i>
Misure di rotazione			<i>N. incarichi/pratiche ruotati sul totale</i>
Misure di disciplina del conflitto di interessi			<i>Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse</i>
Misure di regolazione dei rapporti lobbies			<i>Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo</i>
Altro			

- **Stima del Livello di Esposizione al Rischio:** per valutare il livello di esposizione al rischio (*Key Risk Indicators*), sono stati esaminati specifici indicatori, che agiscono da segnali di allarme. Questi includono:
 - o Grado di discrezionalità: presenza di un processo decisionale poco vincolato o altamente discrezionale;
 - o Livello di interesse esterno: presenza di interessi, anche economici, rilevanti e benefici significativi per i destinatari del processo;
 - o Manifestazione di eventi corruttivi in passato: attività o processi già oggetto di fenomeni corruttivi nell'amministrazione.
- **Valutazione Finale (mediante indicatori di rischio):** consiste nella definizione delle misure di prevenzione, che si distinguono in:
 - o Misure Generali: hanno un impatto trasversale e agiscono sul sistema complessivo di prevenzione della corruzione dell'intera amministrazione.
 - o Misure Specifiche: sono focalizzate su temi individuati e definiti in base all'analisi e alla valutazione del rischio.

Nella definizione delle misure di prevenzione si è tenuto conto dei principi dettati dall'ANAC in base ai quali le stesse devono essere:

- o Adeguatamente Progettate: devono evitare di essere astratte, irrealizzabili o eccessivamente gravose.
 - o Efficaci e Sostenibili: devono essere realizzabili sia dal punto di vista economico che organizzativo.
 - o Adattate: devono tenere conto delle specificità e peculiarità dell'ente.
 - o Verificabili: devono poter essere monitorate e valutate.
- **Monitoraggio e riesame:** costituiscono una fase fondamentale del processo attraverso cui verificare l'attuazione l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso al fine di consentire eventuali modifiche necessarie. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio. Essendo il Piano un documento di programmazione è necessario che ne faccia seguito una fase di monitoraggio e controllo demandata al RPCT e ai responsabili delle strutture organizzative interessate. Il riesame periodico è invece un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione al fine di valutare l'idoneità e il funzionamento del sistema nel suo complesso. Tanto al fine di: individuare rischi emergenti; identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura; prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

L'attività di mappatura delle aree e dei processi è stata avviata diversi anni addietro.

In vista della predisposizione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026–2028, con nota ASL Caserta prot. n. 0290019/ASL del 9 dicembre 2025, il RPCT ha avviato l'aggiornamento della mappatura dei rischi corruttivi sulla base dell'attuale assetto organizzativo aziendale.

Con la citata nota, i Direttori delle Unità Operative centrali e delle macrostrutture sono stati invitati a verificare la coerenza delle schede di rischio contenute nell'Allegato 3 del PIAO 2025–2027

rispetto ai processi effettivamente gestiti dalle rispettive strutture, nonché a segnalare eventuali processi non ancora mappati.

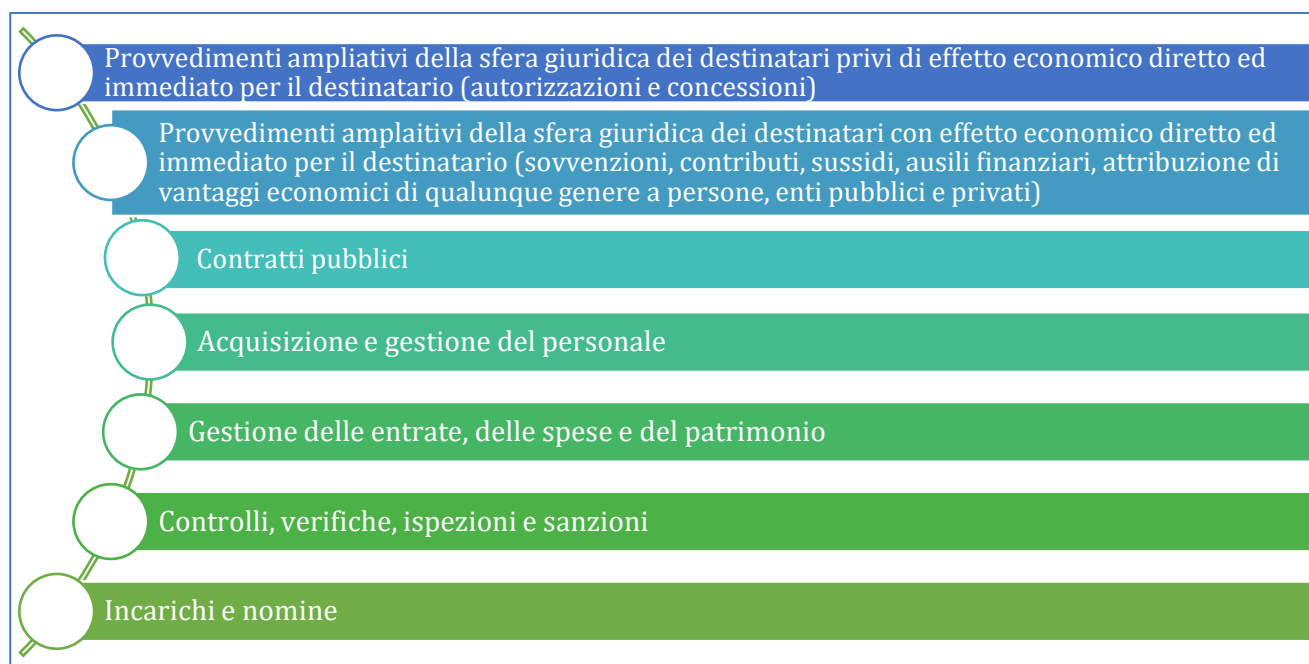
È stata, inoltre, richiamata la necessità di riservare particolare attenzione alle procedure connesse agli interventi finanziati dal PNRR, in considerazione della loro maggiore esposizione al rischio corruttivo e della presenza di specifici presidi di controllo.

L'aggiornamento della mappatura è stato previsto come oggetto di incontri dedicati di approfondimento con il RPCT, ai quali i Direttori sono tenuti a garantire piena collaborazione, al fine di assicurare una rappresentazione completa e coerente dei processi aziendali e il rafforzamento dell'efficacia del sistema di prevenzione del rischio corruttivo.

4.7.1 Le principali aree di rischio

L'Allegato 3 del PNA 2019 *“Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi”* individua come principali aree di rischio comuni a tutte le amministrazioni:

Fig. 133-134



Vengono, invece, individuate come aree di rischio specifiche per aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale



4.7.2 L'analisi del rischio in ASL Caserta

Con Deliberazione del Direttore Generale n.625 del 30/11/2022, a supporto dell'RPCT, tenuto conto della complessità organizzativa aziendale, è stato formalmente istituito un apposito Gruppo di Lavoro dedicato alla revisione e all'aggiornamento della mappatura dei rischi precedentemente effettuata. L'attività del Gruppo si è articolata lungo tre direttrici fondamentali: la rivalutazione dei processi già censiti, l'analisi di nuove attività a rischio non ancora oggetto di esame e il complessivo potenziamento del sistema di contrasto ai fenomeni corruttivi. Tale processo di implementazione è stato perseguito sia attraverso l'adeguamento delle misure di prevenzione già in vigore, sia mediante l'introduzione di nuovi presidi specifici. Nello svolgimento delle proprie funzioni, il Gruppo di Lavoro ha adottato un approccio partecipativo che ha visto il coinvolgimento diretto e costante dei Dirigenti responsabili delle diverse Unità Organizzative interessate, garantendo così una puntuale e approfondita analisi del rischio basata sull'effettiva operatività degli uffici.

Considerata l'elevata complessità organizzativa e la numerosità delle attività gestite dalle diverse strutture aziendali, il processo di mappatura è stato condotto secondo un criterio di priorità e progressività. In una prima fase, l'analisi si è concentrata sui settori classificati a più alto rischio corruttivo ai sensi delle linee guida ANAC, i cui esiti sono confluiti nell'Allegato 2 del PIAO 2023-2025.

Successivamente, l'azione di monitoraggio e valutazione è stata estesa in maniera capillare ad ulteriori unità e processi aziendali, seguendo una logica di miglioramento continuo. Tale ampliamento del perimetro di analisi ha permesso di affinare la strategia di prevenzione, come puntualmente evidenziato nelle successive edizioni del Piano.

In vista della predisposizione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO 2026-2028, con nota ASL Caserta prot. n. 0290019/ASL del 9 dicembre 2025, il RPCT ha avviato l'aggiornamento della mappatura dei rischi corruttivi sulla base dell'attuale assetto organizzativo aziendale.

Con la citata nota, i Direttori delle Unità Operative centrali e delle macrostrutture sono stati invitati a verificare la coerenza delle schede di rischio contenute nell'Allegato 3 del PIAO 2025-2027 rispetto ai processi effettivamente gestiti dalle rispettive strutture, nonché a segnalare eventuali processi non ancora mappati.

È stata, inoltre, richiamata la necessità di riservare particolare attenzione alle procedure connesse agli interventi finanziati dal PNRR, in considerazione della loro maggiore esposizione al rischio corruttivo e della presenza di specifici presidi di controllo.

L'aggiornamento della mappatura è stato previsto come oggetto di incontri dedicati di approfondimento con il RPCT, ai quali i Direttori sono tenuti a garantire piena collaborazione, al fine di assicurare una rappresentazione completa e coerente dei processi aziendali e il rafforzamento dell'efficacia del sistema di prevenzione del rischio corruttivo.

In riscontro a quanto presentato, i servizi possono essere suddivisi in due categorie: da un lato, quelli che hanno trasmesso una scheda di rischio aggiornata in base alle effettive attività svolte, inserendo nuove mansioni o eliminando quelle non più esercitate (come, ad esempio, Controllo di Gestione e Tecnologie Sanitarie); dall'altro, i servizi che hanno confermato integralmente i contenuti delle schede precedentemente prodotte e condivise (es. Distretto 14; Distretto 15; UOC Controllo prestazioni in accreditamento e Mobilità Internazionale; Servizio Ispettivo; UOC Edilizia Ospedaliera, Programmazione e Progetti di Investimento).

4.7.2.1 I settori a rischio alto ASL Caserta

La mappatura dei processi, avvenuta come da paragrafo precedente (2.3.7.2 "L'analisi del rischio in ASL Caserta") ha permesso di individuare, distinti per servizio, i seguenti settori ad alto rischio:

- UOC Affari Generali:
 - o Attività di risarcimento del danno;
 - o Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario: gestione diretta dei sinistri non coperti da polizza;
 - o Predisposizione/Revisione Capitolati di Gara per procedure afferenti le attività della UOC: Predisposizione atti tecnici di gara.
- UOC Affari Legali:
 - o Attività legale: notifica atti giudiziari; transazioni; costituzione e difesa in Giudizio istruttorio ed analisi fatti di causa; incarichi avvocati e/o consulenti esterni;
 - o procedura di liquidazione parcelle avvocati/consulenti esterni.
 - o Area gestione del rischio: gestione dei sinistri, incarichi esterni.
- UOC Economico-Finanziario:
 - o Area fatturazione passiva: gestione del ciclo passivo; attività di controllo fatture, cessioni, note passive;
 - o Area pagamenti: emissione mandati di pagamento; gestione stipendi dipendenti/convenzionati;
 - o Gestione fatturazione attiva;
 - o Area incassi: emissione reversali di incasso; gestione sospesi;
 - o Area fiscale: gestione invio telematico ritenute fiscali e previdenziali; adempimenti fiscali; liquidazione e versamento mensile IVA; dichiarazione annuale modello unico (IVA, IRAP, IRES, Terreni e Fabbricati; dichiarazione annuale sostituti d'imposta; Gestione e versamento bollo virtuale.
- UOC Gestione Economica e Giuridica del Personale:
 - o Attività di reclutamento del personale a tempo determinato e indeterminato;
 - o Mobilità del personale in entrata e in uscita; Mobilità interna;
 - o Attivazioni collaborazioni coordinate (nei casi previsti dalla legge);
 - o Attivazione borse di studio;
 - o Conferimento incarichi 15 Septies.
- UOC Servizio Prevenzione e Protezione:
 - o Area formazione: organizzazione di corsi formazione sicurezza;

- o Area contratti pubblici: adempimenti ex art.26 D.lgs. 81/08 - elaborati prima della sottoscrizione dei contratti e successive verifiche;
 - o Gestione diretta convenzioni e servizi attinenti la sicurezza.
- UOC Acquisizione Beni e Servizi – Provveditorato:
 - o Procedure di gara per importi inferiori, pari e superiori alle soglie comunitarie;
 - o Rettifica atti di gara;
 - o Rilascio autorizzazioni al subappalto;
 - o Monitoraggio fase esecuzione del contratto.
- UOC Edilizia Ospedaliera, Programmazione e Progetti di Investimento:
 - o Gestione dei lavori pubblici: programmazione annuale e triennale; affidamento incarico progettazione interna ed esterna; predisposizione capitolati di appalto; procedura di affidamento mediante inviti; valutazione delle offerte; verifica requisiti e documentazione delle ditte; affidamento lavori e forniture sotto soglia di somma urgenza; collaudi; liquidazione fatture; manutenzione ordinaria e straordinaria.
- UOC Tecnico Patrimoniale e Manutenzione immobili territoriali:
 - o Contratti di locazione;
 - o Relazione tecnica di consulenza tecnico professionale redatta per conto dell'amministrazione;
 - o Affidamento di incarico di progettazione interno/esterno;
 - o Predisposizione capitolati di appalto; Affidamenti mediante inviti; Aggiudicazione procedure di lavori/forniture;
 - o Collaudo;
 - o Avallo o liquidazione delle fatture;
 - o Manutenzione ordinaria/straordinaria.
- UOC Ingegneria Clinica:
 - o Procedure di affidamento sopra e sotto soglia comunitaria;
 - o Affidamenti diretti fino a 140.000,00 euro .
- UOC Controllo prestazioni in accreditamento e Mobilità Internazionale:
 - o Controllo centri accreditati per la Diagnostica Lab. e Specialistica: controllo dei requisiti e capacità operative;
 - o Controllo case di cura: controlli di appropriatezza da parte degli operatori della uo; controlli appropriatezza commissione SDO/DRG.
- Dipartimento di prevenzione – Area prevenzione collettiva (SEP-SIAN-SISP):
 - o Rilascio autorizzazioni, Nulla Osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di: igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti
 - o Controlli ufficiali settori produzione e commercializzazione prodotti dietetici prima infanzia;
 - o Controlli ufficiali settori produzione trasformazione, conservazione, commercializzazione, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine non animale e delle bevande;
 - o Autorizzazioni OSA;
 - o Controlli in materia di igiene degli alimenti;
 - o Pareri per: la prevenzione collettiva in ambienti di vita per la collettività per strutture sanitarie e/o di accoglienza; la prevenzione di danni alla salute da rischi ambientali; parere igienico cimiteri; riconoscimento laboratori analisi per autocontrollo;
 - o Recupero crediti da prestazioni soggette al pagamento di diritti sanitari;
 - o Sanzioni amministrative in materia sanitaria-procedimento L.689/81.
- Dipartimento di prevenzione – Area Veterinaria:
 - o Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria: rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti; Registrazione stabilimenti; Autorizzazione trasporto animali;
 - o Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;

- o Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffuse e zoonotiche negli animali domestici e non;
- o Gestione economico contabile: applicazione norme ex D.L. 32/2021; riconoscimento indennizzo abbattimento capi infetti;
- o Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria: attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicuniculi); attestazioni per trasporto animali vivi; prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse; certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi.
- Dipartimento di prevenzione – Sicurezza ambienti di lavoro (SPSAL) – Medicina del lavoro (SIML):
 - o Rilascio autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di igiene e sicurezza sul lavoro;
 - o Ispezioni e controlli negli ambienti di lavoro (deleghe per infortuni e per malattie professionali esposti Piano Regionale di vigilanza in Ambienti di Lavoro);
 - o Attività di Polizia Giudiziaria per Deleghe dell'A.G.: sequestri preventivi e/o probatori;
 - o Ispezioni e controlli negli ambienti di lavoro non oggetto di Deleghe dell'A.G. e attuazione Piano Regionale di vigilanza in ambienti di lavoro: sopralluogo e Richiesta documentale ex art.10 DPR 520/55; verifica documentazione;
 - o Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario: autorizzazioni, in deroga -ai requisiti di altezza ex art.63, co.1, all. IV punto 1.2 D.Lgs.81/08; autorizzazione in deroga al divieto di utilizzo di locali sotterranei o semi sotterranei ex art. 65 d.lgs. 81/08; parere/nulla Osta attività di bonifica da amianto ex art.256 d.lgs. 81/08; parere/nulla Osta per impiego di sorgenti radiazioni ionizzanti rilasciato da apposita commissione D.lgs. 101/20; autorizzazione alla detenzione e all'uso di gas tossici rilasciato da apposita commissione ex R.D. 147/27;
 - o Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione Documenti, Educazione Sanitaria: Parere della Commissione ricorso avverso il giudizio del Medico Competente ex art. 41 d.lgs. 81/08; Visite mediche per idoneità al lavoro per apprendisti minori;
 - o Attività sanzionatoria: sanzioni amministrative in materia sanitaria (procedimento L.898/81); contestazione violazioni penali e amministrative ex d.lgs. 758/94 e procedimenti amministrativi correlati; trasmissione notizie di reato ex art. 347 CPP.
- Dipartimento delle dipendenze:
 - o Accertamenti ai fini medico-legali
 - o Gestione utenti tossicodipendenti in carico al Ser.D.
- Dipartimento farmaceutico:
 - o Partecipazione alla predisposizione/Revisione Capitolati di Gara per procedure afferenti le attività della UOC;
 - o Sperimentazioni: studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche;
 - o Controllo ricette irregolari spedite dalle farmacie pubbliche e private del territorio di competenza.
- Dipartimento di salute mentale:
 - o Inserimento di pazienti in progetti terapeutici-riabilitativi sostenuti da budget di salute (PTRI/BdS);
 - o Acquisto di beni e servizi: liquidazione fatture ad aziende coinvolte nei percorsi di inclusione sociale-riabilitativi e post riabilitativi; acquisto di materiali strumentali per attività riabilitative;
 - o Certificazioni specialistiche medico-legali: certificazioni richieste da commissioni INPS; Certificazioni per patenti, porto e detenzione di armi, adozioni minorenni richiesta dai servizi aziendali di medicina legale;
 - o Gestione risorse umane: controllo presenze del personale assegnato al Dipartimento /U.O.;
 - o Realizzazione di progetti riabilitativi di tipo occupazionale (borse di studio);

- o Appropriatelyzza delle prestazioni erogate;
- o Attività di psichiatria penitenziaria;
- o Attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- o Affidamento delle strutture psichiatriche semiresidenziali e residenziali a privati.
- Presidi Ospedalieri – Direzione Amministrativa:
 - o Affidamento lavori, servizi e forniture;
 - o Recupero pagamento prestazioni sanitarie
- Presidi Ospedalieri – Direzione Sanitaria:
 - o Prenotazione visite ambulatoriali, ricoveri ordinari, in D.H. e in D.S.;
 - o Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero);
 - o Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa;
 - o Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione;
 - o Attività connesse al Decesso intraospedaliero;
 - o Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso.
- Distretti Sanitari:
 - o Rilascio esenzioni ticket;
 - o Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatra di Libera scelta;
 - o Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari;
 - o Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI;
 - o Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

4.8 Misure di prevenzione generali

4.8.1 Codice di comportamento e azioni di miglioramento

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, in conformità alle disposizioni normative vigenti, ha approvato il proprio **Codice di comportamento aggiornato** con Delibera n. 98 del 22 gennaio 2024. Il Codice costituisce una **misura generale di prevenzione della corruzione** e uno strumento fondamentale per garantire la qualità dei servizi, il rispetto dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa, nonché l'osservanza dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà e correttezza.

Il Codice è strutturato in modo da declinare i principi generali di comportamento in relazione ai diversi ruoli e funzioni, con una **specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti**, calibrata sulle responsabilità organizzative e gestionali loro attribuite.

È espressamente previsto che la violazione delle disposizioni del Codice, comprese quelle connesse all'attuazione delle misure del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, costituisca fonte di **responsabilità disciplinare**, secondo quanto stabilito dalla normativa e dalla contrattazione collettiva applicabile.

Sull'applicazione del Codice vigilano, ciascuno per il proprio ambito di competenza, i dirigenti responsabili delle strutture, le strutture di controllo interno e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD). Quest'ultimo cura la raccolta e la gestione delle segnalazioni relative a presunte violazioni e trasmette semestralmente al RPCT una relazione sull'attività svolta, ai fini del monitoraggio complessivo del sistema di integrità aziendale.

In attuazione delle modifiche introdotte dal decreto-legge n. 36 del 30 aprile 2022, convertito dalla legge n. 79 del 29 giugno 2022, che ha inciso sull'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, il Codice di comportamento aziendale contiene inoltre una **specifica sezione dedicata all'uso corretto delle tecnologie**

informatiche, dei mezzi di comunicazione e dei social media, volta a prevenire comportamenti suscettibili di arrecare pregiudizio all'immagine, al decoro e alla credibilità dell'Amministrazione.

Azioni di miglioramento previste per il 2026

Nel corso del triennio 2026–2028, e in particolare nell'anno 2026, l'Azienda intende rafforzare ulteriormente l'efficacia del Codice di comportamento quale strumento di prevenzione, prevedendo specifiche azioni di miglioramento, tra cui:

- il potenziamento delle attività di **informazione e formazione** rivolte al personale, con particolare attenzione ai profili di responsabilità dirigenziale;
- il rafforzamento dei meccanismi di **monitoraggio sull'effettiva applicazione del Codice**, anche attraverso il coordinamento tra RPCT, UPD, GRU e strutture di controllo interno;
- l'introduzione, nell'ambito del Codice e delle misure organizzative collegate, dell'**obbligo per i dipendenti e i dirigenti di comunicare tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza l'avvio di procedimenti penali a proprio carico**, non appena ne vengano a conoscenza, indipendentemente dallo stato o dalla fase del procedimento (ivi compresa la mera iscrizione nel registro delle notizie di reato o comunque la conoscenza informale dell'avvio del procedimento).

Tale obbligo informativo ha **finalità esclusivamente preventive e organizzative**, ed è volto a consentire all'Amministrazione una valutazione tempestiva dell'eventuale nesso funzionale tra i fatti oggetto di indagine e le funzioni svolte, ai fini dell'adozione di misure di prevenzione proporzionate (quali, ove necessario, la rotazione ordinaria o straordinaria o altre misure organizzative), nel pieno rispetto del principio di presunzione di innocenza e senza alcuna anticipazione di giudizio sulla responsabilità penale.

L'attuazione di tali misure concorre a rafforzare il sistema complessivo di prevenzione della corruzione dell'ASL Caserta, valorizzando il Codice di comportamento quale strumento dinamico e centrale nella promozione di una cultura dell'integrità e della responsabilità diffusa.

4.8.1.1 Esiti monitoraggio in materia di violazione codice di comportamento e procedimenti penali

Con nota prot. 0297741/UPD del 18.12.2025 l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, in riscontro alla richiesta prot. 290486/ASL del 10.12.2025, ha comunicato che i dipendenti sottoposti a procedimenti penali e/o disciplinari o per violazioni del Codice di Comportamento in corso all'anno 2025, compreso il personale convenzionato (Commissione UPD giusta delibera n. 226/2025) sono in totale 54, di cui n. 3 Archiviati, n. 1 sospeso fino a esito procedimento penale ex artt. 81, 476, 479, 640 bis, 61 n. 9 c.p.; n. 2 in corso e n. 49 conclusi con "rimprovero verbale".

Con nota ASL Ce prot 0299682/AALEG del 19.12.2025, il responsabile dell'Ufficio Legale ha comunicato l'elenco dei procedimenti penali di natura corruttiva sorti nell'anno 2025 a carico dei dipendenti aziendali (n.4) riguardanti i seguenti reati: artt. 319, 321, 479 c.p. in relazione all'art. 476 c. 1 e 2 c.p.; Artt. 328 – 612 co. 1 e 2 – 635 co 1 e 2 c.p.- artt. 81 – 476 – 479 – 640 bis – 61 n. 9 c.p.; ex artt. 416 – 110 – 319 – 353 -bis – 323 – 328 – 353 – 314 – 648 – 476 – 479 – 640 c.p.

4.8.2 Rotazione ordinaria e straordinaria

Nell'ambito della strategia di prevenzione del rischio corruttivo delineata dal presente PIAO, la rotazione del personale, ordinaria e straordinaria, è individuata quale misura organizzativa strutturale e prioritaria, finalizzata a prevenire il consolidarsi di posizioni di potere di fatto, relazioni prolungate con i medesimi interlocutori e situazioni di potenziale esposizione a pressioni indebite, in coerenza con

la legge n. 190/2012, con il Piano Nazionale Anticorruzione e con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

La rotazione straordinaria ha natura cautelare ed è applicata nei casi e secondo le modalità previste dalla normativa vigente, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva.

Ai sensi dell'art. 16, comma 1, lett. i-quater, del D.Lgs. n. 165/2001, l'Azienda dispone, con **provvedimento motivato**, la **rotazione straordinaria del personale** nei casi di **avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva**, al fine di tutelare l'imparzialità e l'immagine dell'Amministrazione.

La misura si applica a tutti i soggetti con rapporto di lavoro con l'Azienda, dirigenti e non dirigenti, a tempo determinato o indeterminato.

Ai fini dell'applicazione della rotazione straordinaria, per *condotte di natura corruttiva* si intendono i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Titolo II, Libro II del Codice penale, nonché altre fattispecie di reato, anche diverse da quelle espressamente indicate dalle Linee guida ANAC, qualora risultino commesse nell'esercizio delle funzioni e siano concretamente idonee a compromettere l'imparzialità, il buon andamento dell'azione amministrativa o l'immagine dell'Amministrazione, secondo una valutazione caso per caso, proporzionata e motivata.

L'avvio del procedimento penale coincide con l'**iscrizione nel registro ex art. 335 c.p.p.**;

L'avvio del procedimento disciplinare coincide con la **contestazione dell'addebito**.

È garantito il contraddittorio con l'interessato.

La misura, cautelare e non sanzionatoria, può attuarsi mediante:

- assegnazione ad altro incarico o struttura;
- attribuzione di diverse funzioni.

In caso di impossibilità oggettiva di assegnazione ad altro incarico o struttura, il dipendente può essere collocato in aspettativa o disponibilità, con conservazione del trattamento economico. Non costituisce motivo ostativo l'asserita infungibilità.

I dipendenti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente l'avvio di procedimenti penali per fatti di natura corruttiva.

Per quanto non espressamente disciplinato, si rinvia alle Linee guida ANAC (Delibera n. 215/2019)

Rotazione nella composizione delle commissioni

La rotazione ordinaria è applicata quale criterio generale e preventivo nella composizione dei presidenti, dei componenti e, ove previsto, dei segretari delle commissioni e degli organismi collegiali dell'Azienda, ed è assunta come principio ordinatore nella programmazione e nell'organizzazione delle relative attività, indipendentemente dal momento formale della nomina.

In particolare, la rotazione è assicurata con riferimento a:

- commissioni di sorteggio, di concorso, di selezione, di progressione di carriera e alle procedure di mobilità;
- commissioni invalidi, commissioni patenti, commissioni ex L. n. 104/1992 e L. n. 68/1999;

- altri organismi collegiali comunque denominati.

La composizione delle commissioni e degli organismi collegiali è pertanto definita nel rispetto dei principi di alternanza, imparzialità e trasparenza, evitando il ricorso sistematico ai medesimi soggetti e prevenendo situazioni di concentrazione prolungata di funzioni.

È altresì prevista la rotazione dei segretari, nonché del personale addetto al supporto amministrativo e alla vigilanza, in particolare nelle procedure concorsuali pubbliche o interne.

Al fine di garantire trasparenza, imparzialità, pari opportunità e alternanza, l'Azienda può istituire un Albo dei segretari di concorso, cui attingere nel rispetto dei principi di parità di trattamento, proporzionalità e rotazione.

Per quanto concerne le commissioni giudicatrici nelle procedure di affidamento di contratti pubblici, si applica la disciplina vigente di cui al D.Lgs. n. 36/2023 e alle disposizioni ANAC, cui si fa espresso rinvio.

La rotazione ordinaria costituisce una misura di carattere preventivo e non sanzionatorio, volta a ridurre i rischi di cattiva amministrazione e a rafforzare l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa, indipendentemente dall'esistenza di illeciti o responsabilità individuali.

Per il triennio 2026–2028, l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta intende procedere all'applicazione progressiva e programmata della rotazione ordinaria del personale, con avvio già nel 2026 e attivazione prioritaria nelle aree maggiormente esposte (rischio alto e medio-alto), secondo un approccio proporzionato e coerente con le esigenze di continuità dell'azione amministrativa, di tutela delle competenze professionali e di garanzia della qualità dei servizi sanitari e amministrativi.

L'avvio della rotazione ordinaria interesserà prioritariamente il personale dirigente titolare di incarichi apicali, operanti nelle aree a rischio corruttivo elevato e medio-alto.

La rotazione è attuata nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, proporzionalità, gradualità e continuità dell'azione amministrativa ed è fondata su una ponderazione complessiva degli interessi pubblici coinvolti. Ai fini dell'applicazione della misura rileva la durata effettiva dello svolgimento delle funzioni, indipendentemente dalla formale stipula, proroga o rinnovo del contratto individuale di incarico.

L'attuazione della rotazione ordinaria non è subordinata all'attivazione di interpelli o procedure comparative. Tali strumenti possono essere eventualmente utilizzati come strumenti di supporto organizzativo e programmatico, senza assumere carattere sospensivo o ostativo rispetto all'applicazione della misura di prevenzione, ferma restando l'osservanza delle procedure previste dall'ordinamento per il conferimento dei nuovi incarichi e l'adozione dei conseguenti atti di organizzazione.

La rotazione non limita né pregiudica il diritto a partecipare alle procedure di selezione per il conferimento degli incarichi dirigenziali. In caso di rinnovo dell'incarico nella medesima struttura, è valutata la possibilità di applicare la rotazione al personale assegnato alla struttura, con priorità ai responsabili di procedimento, al personale a contatto diretto con il pubblico e al personale addetto a ispezione e vigilanza.

Nei casi in cui non sia possibile applicare la rotazione ordinaria, incluse le ipotesi di infungibilità, l'Azienda adotta misure preventive alternative finalizzate a evitare la concentrazione del controllo dei processi in capo a un unico soggetto, in particolare nelle aree a maggiore rischio corruttivo.

A titolo esemplificativo, possono essere adottate:

- il rafforzamento dei controlli interni sui processi ad alto rischio;

- il rafforzamento della trasparenza, mediante la pubblicazione di dati e informazioni ulteriori rispetto agli obblighi di legge;
- la condivisione delle attività e delle fasi procedurali, ferma restando l'unicità della responsabilità verso l'esterno;
- la separazione delle funzioni, attribuendo a soggetti diversi le attività istruttorie, decisionali, attuative e di controllo;
- la rotazione funzionale interna e, ove possibile, l'assegnazione delle pratiche secondo criteri di alternanza;
- la previsione della doppia sottoscrizione degli atti;
- il ricorso a lavoro in team e a forme di collaborazione tra strutture;
- l'attivazione di interventi formativi mirati.

La programmazione e la valutazione della rotazione del personale assegnato alla struttura avvengono compatibilmente con l'organizzazione aziendale, le risorse disponibili, le competenze richieste e le esigenze di buon andamento dell'amministrazione. La rotazione del personale non può avvenire simultaneamente a quella del dirigente responsabile della struttura.

La rotazione può avvenire mediante:

- assegnazione a diverse competenze all'interno della stessa struttura;
- assegnazione a diverso ambito territoriale nella medesima struttura;
- assegnazione a struttura diversa.

L'attuazione della rotazione è oggetto di monitoraggio semestrale da parte dei Direttori/Responsabili delle strutture, che riferiscono al RPCT nell'ambito dei report previsti dal PTPCT.

In conformità a quanto previsto dalla normativa e dalle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, prima dell'adozione definitiva del PIAO, i criteri generali di applicazione della rotazione sono stati oggetto di preventiva informativa sindacale, resa mediante la pubblicazione della presente disciplina nella bozza della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", al fine di consentire la formulazione di eventuali osservazioni e contributi valutati dall'Azienda in sede di stesura finale del Piano, senza attivazione di fasi di contrattazione o negoziazione.

Resta fermo che l'attuazione della rotazione ordinaria avverrà mediante successivi atti organizzativi e gestionali, adottati nel rispetto delle competenze degli organi aziendali.

Alla data del 29 gennaio 2026 non è pervenuta alcuna comunicazione.

4.8.3 Obblighi di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interessi

Tutti i **dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo** dell'ASL Caserta sono tenuti al rispetto degli **obblighi di astensione** in presenza di situazioni di **conflitto di interessi**, anche potenziale, previsti dalla normativa vigente e, in particolare, dall'**art. 6-bis della legge n. 241/1990**, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge n. 190/2012, nonché dagli **artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale** e dal **Codice di comportamento aziendale**.

Il conflitto di interessi ricorre quando l'interesse privato dell'interessato, anche di natura non patrimoniale, **interferisce o può interferire** con l'imparzialità e il corretto esercizio delle funzioni assegnate. In tali ipotesi, il dipendente o il collaboratore è tenuto a **segnalare tempestivamente** la

situazione secondo le modalità previste dal Codice di comportamento aziendale e a **astenersi** dallo svolgimento dell'attività o dall'adozione degli atti interessati.

A seguito della segnalazione, il **Responsabile della struttura** competente valuta la sussistenza della situazione segnalata e dispone, ove necessario, l'**astensione dell'interessato**, provvedendo all'assegnazione dell'attività ad altro personale professionalmente idoneo. In mancanza di personale idoneo, il Responsabile della struttura **avoca a sé i relativi adempimenti**, nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa.

Al momento della **sottoscrizione del contratto di lavoro**, nonché in occasione dell'**assegnazione a un nuovo ruolo o incarico**, il dipendente è tenuto a rendere apposita **dichiarazione sull'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi**, che è oggetto di valutazione da parte del Direttore della struttura di riferimento.

Per i **collaboratori esterni a qualsiasi titolo**, la **S.C. Gestione Risorse Umane** acquisisce, all'atto del conferimento dell'incarico, una **dichiarazione sull'insussistenza di conflitti di interessi**. Il **Responsabile dell'Unità Operativa proponente**, cui il collaboratore è assegnato, rilascia l'**attestazione di assenza di conflitto**, che è oggetto di pubblicazione nella sezione "**Amministrazione trasparente**" del sito istituzionale, nei limiti e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Le dichiarazioni e i curricula sono resi **con modalità informatica**, tramite apposito **portale aziendale**, secondo procedure uniformi, tracciabili e coerenti con il sistema dei controlli previsto nel PIAO.

Sono resi disponibili nella sezione "**Personale**" del sito istituzionale i **modelli di dichiarazione** da utilizzare. In particolare, il sistema dichiarativo comprende:

- la **comunicazione relativa a interessi finanziari e situazioni di conflitto di interessi** da compilare da parte di tutto il personale all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o di conferimento di diverso incarico, nonché da aggiornare con cadenza annuale;
- la **dichiarazione di partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari**, richiesta per il personale dirigente e per il vertice aziendale, da rendere all'atto dell'assunzione dell'incarico;
- la **comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni**, da rendere tempestivamente in caso di adesione ad associazioni operanti in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, tutela della salute o in settori potenzialmente interferenti con le funzioni svolte;
- la **dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi derivanti da rapporti di parentela, affinità o convivenza** all'interno della struttura di appartenenza.

Con riferimento alle **dichiarazioni patrimoniali e reddituali del personale dirigente**, si prende atto che, in conformità alle deliberazioni ANAC e al quadro interpretativo vigente, l'obbligo risulta **attualmente sospeso**, ferma restando la possibilità di adempimento volontario da parte degli interessati e il permanere dell'obbligo per gli **organi di indirizzo politico e il vertice aziendale**.

L'**acquisizione e l'aggiornamento delle dichiarazioni** tramite il portale dedicato sono svolti con cadenza annuale e coordinati dal **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, nell'ambito delle attività di monitoraggio e controllo previste dal PIAO.

Resta fermo che, ai fini dell'obbligo di astensione, ogni dipendente è tenuto a **comunicare formalmente e con tempestività** al proprio superiore gerarchico l'insorgenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, in relazione allo svolgimento dell'attività o all'adozione di specifiche decisioni.

4.8.4. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Normativa di riferimento

- D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (Capi I-IV; artt. 15, 17, 18 e 20);
- DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (artt. 46, 47 e 71);
- PNA 2016, PNA 2023 e **PNA 2025**;
- Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 (Linee guida);
- Delibera ANAC n. 713 del 4 agosto 2020;
- Schemi esplicativi per la corretta applicazione del d.lgs. n. 39/2013 (**All. 1 PNA 2025**).

Il d.lgs. n. 39/2013 disciplina i casi di **inconferibilità** degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

La situazione di inconferibilità **opera nella fase di conferimento non è sanabile** e comporta la **nullità dell'incarico** conferito in violazione della normativa (art. 17 d.lgs. 39/2013), nonché l'attivazione delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ambito dell'ASL Caserta, la disciplina è applicata:

- agli incarichi di **Direzione Strategica** (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio-Sanitario);
- agli **incarichi dirigenziali**, inclusi quelli conferiti a dirigenti PTA, in quanto titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

Novità PNA 2025 – art. 4 d.lgs. 39/2013

In attuazione delle modifiche normative e degli orientamenti ANAC recepiti nel PNA 2025:

- il periodo di raffreddamento per le ipotesi di provenienza da enti di diritto privato regolati o finanziati, ovvero da attività professionali regolate o finanziate dall'ente conferente, è **ridotto a un anno**;
- è introdotta una **causa espressa di esclusione dell'inconferibilità** qualora l'incarico, la carica o l'attività professionale pregressa abbia avuto carattere **occasionale**, oppure **non esecutivo**, oppure **di controllo** (è sufficiente la ricorrenza di uno solo dei presupposti);
- nei casi di esclusione dell'inconferibilità è richiesta l'adozione di **presidi organizzativi e di trasparenza** idonei a gestire eventuali conflitti di interesse.

Procedura di conferimento

L'ASL Caserta assicura che:

- la **dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità** sia acquisita **prima del conferimento** e costituisca **condizione di efficacia dell'incarico** (art. 20, co. 1 e 4, d.lgs. 39/2013);
- le verifiche in fase di conferimento siano svolte **sul 100% degli incarichi**;
- qualora una causa di inconferibilità emerga successivamente al conferimento, il RPCT proceda alla contestazione e alla gestione della fattispecie secondo quanto previsto dal decreto.

Incompatibilità degli incarichi

Normativa di riferimento

- D.lgs. n. 39/2013 (Capi V e VI; artt. 15, 19 e 20);
- DPR n. 445/2000 (art. 71);

- PNA 2016, PNA 2023 e **PNA 2025**;
- Schemi esplicativi ANAC (All. 1).

Per **incompatibilità** si intende l'obbligo per il soggetto cui è conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, **entro il termine perentorio di 15 giorni**, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione o il mantenimento di incarichi, cariche o attività che la legge considera incompatibili (art. 19 d.lgs. 39/2013).

A differenza dell'inconferibilità, la causa di incompatibilità **può essere rimossa** mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi incompatibili. Decorso inutilmente il termine per l'opzione, si applicano le conseguenze previste dalla normativa (decadenza dall'incarico e risoluzione del relativo rapporto).

Novità PNA 2025 – art. 12 d.lgs. 39/2013

È introdotto il **comma 4-bis** dell'art. 12, in base al quale le incompatibilità ivi previste **non si applicano ai dipendenti di ruolo di livello dirigenziale della stessa amministrazione o ente pubblico (o ente di diritto privato in controllo pubblico) che conferisce l'incarico**.

Obblighi dichiarativi

Gli interessati sono tenuti a:

- **rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità con cadenza annuale**, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico;
- **comunicare tempestivamente** all'amministrazione l'eventuale **insorgenza di cause di incompatibilità** nel corso del rapporto, anche al di fuori delle scadenze ordinarie;
- **rendere la dichiarazione tempestivamente, su richiesta del RPCT**, nell'ambito delle attività di controllo, monitoraggio e verifica svolte ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013.

La mancata presentazione delle dichiarazioni dovute, ovvero l'omessa o tardiva comunicazione di situazioni rilevanti, comporta l'attivazione delle conseguenze previste dalla normativa vigente, inclusa la **decadenza dall'incarico** nei casi stabiliti dal d.lgs. n. 39/2013.

Ruoli, responsabilità e controlli sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità

Il Direttore della **S.C. Gestione Risorse Umane** assicura il corretto presidio procedurale del processo di conferimento degli incarichi, garantendo che gli atti di conferimento prevedano espressamente che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, resa ai sensi del d.lgs. n. 39/2013, **costituisca condizione di efficacia dell'incarico**. La violazione dell'obbligo dichiarativo, sia all'atto del conferimento sia in sede di dichiarazione annuale o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la **decadenza dall'incarico**, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

La S.C. Gestione Risorse Umane provvede **all'acquisizione del 100% delle autocertificazioni** rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e svolge **verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni**, ai sensi dell'art. 71 del medesimo decreto. In continuità con quanto previsto nel PIAO 2025, le verifiche a campione sono effettuate con una progressione percentuale, attestandosi al 40% annuo nel triennio 2026–2028.

La S.C. Gestione Risorse Umane assicura altresì la pubblicazione degli atti di conferimento degli incarichi e delle dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità nella sezione

“Amministrazione trasparente” del sito istituzionale, nei limiti e secondo le modalità previste dalla normativa in materia di trasparenza e protezione dei dati personali.

La S.C. Gestione Risorse Umane redige una **relazione semestrale** indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), contenente il numero delle dichiarazioni acquisite, il numero e la percentuale delle dichiarazioni controllate, gli esiti delle verifiche e i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità, ovvero di non veridicità delle dichiarazioni rese.

La responsabilità primaria della correttezza del conferimento degli incarichi resta in capo all'organo conferente, ai sensi dell'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013.

Il RPCT definisce il processo dei controlli nella Sottosezione *Rischi corruttivi e trasparenza* del PIAO, supporta l'organo conferente e la S.C. Gestione Risorse Umane nelle valutazioni di competenza e, ove ne ricorrano i presupposti, contesta all'interessato l'esistenza di situazioni di inconferibilità o l'insorgere di cause di incompatibilità, attivando i procedimenti conseguenti previsti dalla legge. In presenza di situazioni rilevanti, il RPCT provvede alla segnalazione ad ANAC, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, nonché agli altri organi competenti, inclusa la Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Gli schemi **esplicativi ANAC allegati al Piano Nazionale Anticorruzione (All. 1)** sono adottati come strumento operativo di supporto per l'informativa ai candidati, per la corretta compilazione delle dichiarazioni e per la qualificazione delle fattispecie di inconferibilità e incompatibilità, sia nella fase di conferimento degli incarichi sia nell'ambito delle attività di controllo.

L'ANAC esercita la vigilanza esterna, disponendo di poteri ispettivi e di accertamento; i provvedimenti adottati dall'Autorità producono effetti giuridici e sono impugnabili esclusivamente dinanzi al giudice amministrativo.

Esiti dei controlli - Sanzioni

La violazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità comporta l'applicazione delle **sanzioni previste dal d.lgs. n. 39/2013**, ferme restando le ulteriori responsabilità previste dall'ordinamento.

In particolare:

- **Inconferibilità:** il conferimento dell'incarico in violazione delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013 determina la **nullità dell'atto di conferimento e del relativo contratto**, ai sensi dell'art. 17. L'organo conferente è soggetto alle **sanzioni interdittive** previste dall'art. 18, qualora la violazione sia imputabile a dolo o colpa grave, nonché alla responsabilità per le conseguenze economiche degli atti adottati.
- **Incompatibilità:** qualora, nel corso del rapporto, sia accertata una causa di incompatibilità, il RPCT procede alla contestazione all'interessato, assegnando il **termine perentorio di 15 giorni** per l'esercizio dell'opzione tra gli incarichi incompatibili. In caso di mancata rimozione della causa ostativa entro tale termine, consegue la **decadenza dall'incarico**, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. n. 39/2013.
- **Dichiarazioni mendaci:** l'accertata non veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013 comporta l'applicazione delle **sanzioni previste dal comma 5 del medesimo articolo**, nonché delle ulteriori conseguenze previste dal **DPR n. 445/2000**, ferma restando la valutazione delle segnalazioni dovute agli organi competenti.

I casi di violazione accertati o presunti sono **tempestivamente segnalati dal RPCT** all'ANAC, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, nonché agli ulteriori soggetti competenti, inclusa la Corte dei conti, per gli eventuali profili di responsabilità amministrativa.

4.8.4.1 Disciplinare di controllo delle dichiarazioni di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi.

Finalità e ambito di applicazione

Il presente disciplinare definisce le **modalità di controllo** sulle dichiarazioni rese ai sensi del **d.lgs. n. 39/2013** e della normativa in materia di **conflitto di interessi**, al fine di garantire la **correttezza dei conferimenti**, la **prevenzione dei rischi corruttivi** e il rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa.

Il disciplinare si applica:

- alle **dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità**;
- alle **dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità**;
- alle **dichiarazioni e comunicazioni in materia di conflitto di interessi**, anche potenziale.

Tipologia dei controlli

I controlli si articolano su **due livelli**, in coerenza con il PIAO e con il PNA.

Controlli di primo livello

I **controlli di primo livello** sono svolti dalla **S.C. Gestione Risorse Umane**, quale presidio procedurale del processo di conferimento degli incarichi.

Essi comprendono:

- la **verifica formale** della completezza delle dichiarazioni;
- la **coerenza logica** delle dichiarazioni rispetto all'incarico conferito;
- l'**acquisizione del 100% delle dichiarazioni** rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000;
- lo svolgimento di **verifiche a campione** sulla veridicità delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, secondo le percentuali stabilite nel PIAO.

Controlli di secondo livello

I **controlli di secondo livello** sono svolti dal **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, nell'ambito delle attività di monitoraggio e vigilanza.

Essi comprendono:

- verifiche a campione ulteriori, anche **mirate o tematiche**, in presenza di fattori di rischio;
- verifiche in caso di **segnalazioni**, anche informali, o di notizie emerse da fonti aperte;
- valutazione della **correttezza e adeguatezza** dei controlli di primo livello;
- eventuale **contestazione** delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità e attivazione dei procedimenti conseguenti.

Modalità operative dei controlli

I controlli sono effettuati mediante:

- l'analisi delle informazioni contenute nelle **dichiarazioni sostitutive**;

- l'esame del **curriculum vitae**, ove allegato;
- il confronto tra quanto dichiarato e le **informazioni reperibili presso banche dati ufficiali**;
- il monitoraggio di **fonti aperte**, ove rilevanti ai fini del controllo.

Le verifiche sono documentate e tracciate, assicurando la conservazione degli atti e il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Fonti e banche dati di riferimento

Ai fini dei controlli, la S.C. Gestione Risorse Umane e il RPCT possono fare riferimento, in relazione alla tipologia di incarico e di dichiarazione, alle seguenti **fonti informative**:

- **Anagrafe delle Pubbliche Amministrazioni (IPA)**, per la verifica di incarichi presso altre amministrazioni;
- **Registro delle Imprese – Camera di Commercio**, per verificare cariche sociali, partecipazioni societarie e ruoli di amministrazione o controllo;
- **Anagrafe degli amministratori locali e regionali** del Ministero dell'Interno;
- **Casellario giudiziale e carichi pendenti**, nei limiti consentiti dalla normativa, per i controlli ex art. 71 del DPR n. 445/2000;
- **Portali istituzionali delle amministrazioni pubbliche** e delle società in controllo pubblico;
- **Sezione “Amministrazione trasparente”** degli enti interessati;
- **Fonti aperte e pubbliche** (siti istituzionali, comunicazioni ufficiali), esclusivamente come supporto istruttorio.

Gli **schemi esplicativi ANAC** allegati al PNA (All. 1) sono utilizzati come **strumento operativo di supporto** per la qualificazione delle fattispecie di inconferibilità e incompatibilità.

Esiti dei controlli

Qualora dalle verifiche emergano:

- **cause di inconferibilità**, si applicano le conseguenze previste dagli artt. 17 e 18 del d.lgs. n. 39/2013;
- **cause di incompatibilità**, il RPCT procede alla contestazione assegnando il termine perentorio di 15 giorni per l'opzione, ai sensi dell'art. 19;
- **situazioni di conflitto di interessi**, il Responsabile della struttura dispone le misure di astensione e riorganizzazione delle attività;
- **dichiarazioni mendaci**, si applicano le conseguenze previste dall'art. 20, comma 5, del d.lgs. n. 39/2013 e dal DPR n. 445/2000.

I casi rilevanti sono **tempestivamente segnalati dal RPCT** all'ANAC, nonché agli altri organi competenti.

Reportistica e tracciabilità

La **S.C. Gestione Risorse Umane** trasmette al RPCT una **relazione semestrale** contenente:

- numero delle dichiarazioni acquisite;
- numero e percentuale delle dichiarazioni controllate;
- esiti delle verifiche;
- provvedimenti adottati.

Il RPCT utilizza tali informazioni ai fini del **monitoraggio complessivo dei rischi corruttivi** e dell'aggiornamento del PIAO.

4.8.5 Attività di Formazione in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e sviluppo delle competenze

La formazione costituisce una misura trasversale e strategica di prevenzione della corruzione, finalizzata a rafforzare la cultura della legalità, dell'etica pubblica e della responsabilità individuale, nonché a garantire una corretta e uniforme applicazione della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza.

In continuità con quanto previsto nel PIAO 2025, anche per il periodo di riferimento il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha programmato e attivato due corsi di formazione in modalità FAD, uno in materia di anticorruzione e uno in materia di trasparenza, aventi carattere obbligatorio per il personale destinatario, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

Tali iniziative si affiancano e si integrano con l'ordinaria attività formativa curata dalla UOC Formazione. In tale ambito, il Piano formativo aziendale prevede altresì specifici corsi di formazione in presenza, dedicati ai medesimi temi, finalizzati ad approfondire aspetti applicativi, favorire il confronto operativo e l'analisi di casi concreti, con particolare riferimento ai settori e ai processi a maggiore esposizione al rischio corruttivo.

L'attività formativa aziendale è programmata in coerenza con gli indirizzi nazionali in materia di sviluppo delle competenze del personale pubblico, emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, che hanno promosso l'utilizzo della piattaforma nazionale **Syllabus** quale strumento di riferimento per la formazione continua nella pubblica amministrazione.

In tale quadro, l'ASL Caserta incentiva l'utilizzo della piattaforma **Syllabus** quale supporto ai percorsi formativi interni, in un'ottica di integrazione e complementarità rispetto alla formazione obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza. L'utilizzo di Syllabus consente di rafforzare lo sviluppo delle competenze professionali, trasversali e manageriali del personale, anche in relazione ai processi di innovazione, digitalizzazione e miglioramento dell'azione amministrativa.

Contenuti formativi

I percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione affrontano, in particolare:

- i principi e le finalità della legge n. 190/2012 e del sistema di prevenzione della corruzione;
- il ruolo, le funzioni e le responsabilità del RPCT, dei dirigenti e del personale;
- il Codice di comportamento nazionale e il Codice di comportamento aziendale, con specifico riferimento agli obblighi di diligenza, lealtà, imparzialità, astensione e segnalazione;
- il conflitto di interessi, anche potenziale;
- le fattispecie di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi ai sensi del d.lgs. n. 39/2013;
- le responsabilità disciplinari, amministrative e contabili;
- la tutela del segnalante (whistleblowing).

I percorsi formativi in materia di trasparenza riguardano, in particolare:

- i principi e i contenuti del d.lgs. n. 33/2013;
- gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente";
- l'accesso civico semplice e generalizzato;

- la qualità e l'aggiornamento dei dati;
- il rapporto tra trasparenza, prevenzione della corruzione e protezione dei dati personali.

Destinatari e modalità di erogazione

I corsi sono rivolti al personale dipendente, con particolare attenzione ai dirigenti, ai responsabili di struttura e al personale coinvolto in processi a maggiore rischio corruttivo.

La combinazione di formazione FAD, formazione in presenza e percorsi disponibili sulla piattaforma Syllabus consente di assicurare un'offerta formativa ampia, strutturata, tracciabile e coerente con gli obiettivi del PIAO.

Integrazione relativa alla piattaforma Syllabus

In coerenza con gli indirizzi nazionali in materia di sviluppo delle competenze del personale pubblico, emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda intende attuare, a partire dall'anno 2026, l'adesione e l'utilizzo della piattaforma nazionale Syllabus quale strumento di supporto all'erogazione della formazione.

Le direttive e le circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica hanno evidenziato la necessità di rafforzare la formazione continua del personale delle pubbliche amministrazioni, promuovendo modelli formativi omogenei, qualificati e orientati allo sviluppo delle competenze, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali nazionali condivisi. In tale contesto, la piattaforma Syllabus è individuata quale strumento di riferimento per accompagnare le amministrazioni nel percorso di crescita professionale del personale.

L'ASL Caserta, su impulso del RPCT, intende valorizzare Syllabus come misura organizzativa di supporto alla strategia di prevenzione della corruzione, in un'ottica di integrazione e complementarità rispetto alla formazione obbligatoria già prevista in materia di anticorruzione e trasparenza. L'utilizzo della piattaforma consente, infatti, di ampliare e qualificare l'offerta formativa, favorendo l'accesso a percorsi strutturati, aggiornati e coerenti con i fabbisogni professionali della pubblica amministrazione.

L'adesione a Syllabus permette inoltre di:

- promuovere una formazione continua e personalizzata del personale;
- rafforzare le competenze trasversali e manageriali, anche a supporto dei processi decisionali e organizzativi;
- assicurare una maggiore tracciabilità dei percorsi formativi;
- favorire l'allineamento dell'Azienda agli standard formativi nazionali, riducendo il rischio di disomogeneità applicative.

L'attivazione e l'utilizzo di Syllabus saranno progressivamente integrati nella programmazione formativa aziendale almeno in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e monitorati dal RPCT, anche ai fini della valutazione dell'efficacia complessiva delle misure di prevenzione dei rischi corruttivi e dell'aggiornamento del PIAO.

Indicatori di monitoraggio dell'attività formativa (Target PIAO)

Al fine di verificare l'effettiva attuazione delle misure formative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, l'Azienda individua i seguenti indicatori di monitoraggio, oggetto di valutazione annuale da parte del RPCT.

Indicatori di output (realizzazione delle attività)

- Numero di corsi anticorruzione e trasparenza attivati
 - o Indicatore: numero di corsi FAD attivati dal RPCT e numero di corsi in presenza programmati nel Piano formativo
 - o Target: almeno 2 corsi FAD obbligatori e corsi in presenza dedicati nel triennio
 - o Fonte: Piano formativo aziendale / report UOC Formazione
- Copertura formativa del personale destinatario
 - o Indicatore: percentuale di personale obbligato che ha completato i corsi FAD
 - o Target: $\geq 90\%$ del personale destinatario
 - o Fonte: piattaforma FAD / registri formativi

Indicatori di outcome (efficacia minima)

- Livello di partecipazione del personale a rischio
 - o Indicatore: percentuale di dirigenti e responsabili di struttura che hanno completato i corsi
 - o Target: 100% dirigenti – $\geq 90\%$ responsabili
 - o Fonte: report formativi
- Utilizzo di strumenti formativi nazionali
 - o Indicatore: numero di dipendenti che accedono a percorsi formativi tramite la piattaforma Syllabus
 - o Target: incremento progressivo nel triennio
 - o Fonte: report interni / autocertificazione di partecipazione
- Riduzione di criticità procedurali ricorrenti
 - o Indicatore: numero di rilievi interni ed esterni (ANAC, RPCT) relativi a obblighi di trasparenza, conflitto di interessi e dichiarazioni
 - o Target: tendenza alla riduzione nel triennio
 - o Fonte: relazioni RPCT

Monitoraggio e rendicontazione

Il RPCT, anche avvalendosi delle informazioni fornite dalla UOC Formazione, verifica annualmente il livello di raggiungimento dei target indicati e ne tiene conto:

1. nella relazione annuale;
2. nell'aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi" del PIAO;
3. nella valutazione dell'efficacia complessiva delle misure di prevenzione.

4.8.6 Trasparenza

La Trasparenza è un elemento centrale e strategico per l'Azienda, riconosciuta non solo come livello essenziale delle prestazioni, ma anche come fondamentale strumento di prevenzione della corruzione e di diffusione della cultura della legalità (come stabilito dall'Art. 1, co. 36 e Art. 8, co. 1 della Legge 190/2012). Attengono a tale ambito gli adempimenti circa la pubblicazione dei dati, per i quali si rimanda alla sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza (Sezione 2.3.9) ma anche le previsioni in materia di accesso, civico e generalizzato.

Il pieno adempimento degli obblighi in materia consente di:

- **Garantire la Legalità e l'Interesse Pubblico:** La pubblicazione online di dati, documenti e informazioni consente un controllo diffuso da parte dei cittadini, riducendo l'opacità e limitando gli spazi per comportamenti non conformi al pubblico interesse.
- **Partecipare:** La Trasparenza assolve all'obbligazione di garanzia verso il cittadino, facilitando la partecipazione e la più ampia conoscibilità dell'organizzazione, delle attività e dei servizi erogati a favore di utenti e stakeholder.
- **Creare Valore:** Con l'introduzione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), la Trasparenza è formalmente riconosciuta come elemento che concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (come elencati nell'Allegato 1, Sezione "Amministrazione Trasparente") è responsabilità diretta dei Direttori delle UU.OO. coinvolte.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) esercita un ruolo di vigilanza attiva per assicurare l'attuazione degli obblighi. Le sue verifiche misurano il livello di pubblicazione e l'efficacia delle azioni di sensibilizzazione sul tema.

4.8.7 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la P.A.

Quadro normativo di riferimento

La presente misura è attuata in conformità alle seguenti disposizioni normative e di indirizzo:

3. art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012 e da ultimo modificato dalla legge n. 79/2022;
4. art. 1, commi 3, 15, 17, 18 e 20 della legge n. 190/2012;
5. d.lgs. n. 39/2013;
6. delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020, recante "Indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico dei componenti delle commissioni di concorso e delle commissioni di gara".

Finalità della misura

La disciplina introdotta dall'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 prevede misure di prevenzione di carattere soggettivo, finalizzate ad anticipare la tutela dell'interesse pubblico al momento della individuazione dei soggetti chiamati a svolgere funzioni decisionali o di gestione nelle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento alle aree e ai processi a più elevato rischio di corruzione.

La norma introduce condizioni ostative alla partecipazione a commissioni e allo svolgimento di specifiche funzioni in presenza di condanne per delitti contro la pubblica amministrazione, anche non definitive.

Ambito di applicazione delle preclusioni

Ai sensi dell'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001, i soggetti che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale, non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti:
 - o alla gestione delle risorse finanziarie;

- o all'acquisizione di beni, servizi e forniture;
- o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o all'attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, nonché per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione integra le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione delle commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Coordinamento con il d.lgs. n. 39/2013

In coerenza con quanto previsto dal d.lgs. n. 39/2013:

- la preclusione opera in presenza di sentenza di condanna, ivi compresi i casi di patteggiamento, anche se non irrevocabile;
- la preclusione di cui all'art. 35-bis, comma 1, lett. b), riguarda sia il conferimento di incarichi dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive;
- l'ambito soggettivo della norma comprende dirigenti, funzionari e collaboratori, qualora titolari di funzioni direttive o posizioni organizzative;
- la violazione delle disposizioni in materia di formazione delle commissioni e nomina dei segretari comporta l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la causa ostativa viene meno esclusivamente in presenza di sentenza di assoluzione, anche non definitiva, per il medesimo reato.

Gestione delle situazioni sopravvenute

Qualora la situazione ostativa emerga nel corso del rapporto, il RPCT provvede alla contestazione nei confronti dell'interessato, che deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio non esposto al rischio, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Ruoli e responsabilità operative

I dirigenti dell'area appalti, il dirigente responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane e i responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali nei confronti dei soggetti interessati, in particolare:

- in occasione della formazione di commissioni di concorso o di gara;
- in sede di conferimento di incarichi dirigenziali rientranti nell'ambito di applicazione del d.lgs. n. 39/2013;
- in caso di assegnazione di personale agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di benefici economici.

Modalità di accertamento e controlli

L'accertamento dei precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000.

Sulle dichiarazioni acquisite:

- i responsabili delle strutture interessate e la S.C. Gestione Risorse Umane effettuano verifiche a campione ai sensi dell'art. 71 del d.P.R. n. 445/2000;
- le verifiche sono effettuate nella misura del 30% nell'anno 2025, del 40% nell'anno 2026 e del 40% nell'anno 2027, in continuità con quanto già previsto nel PIAO 2025.

Qualora all'esito dei controlli emergano precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico, procede al conferimento a diverso soggetto e applica le misure previste dalla normativa vigente, inclusi gli effetti di cui al d.lgs. n. 39/2013.

Reportistica, segnalazioni e controlli di secondo livello

I responsabili delle strutture e il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane relazionano semestralmente al RPCT, indicando:

- il numero delle dichiarazioni acquisite;
- il numero dei controlli effettuati;
- l'esito delle verifiche;
- i provvedimenti adottati in caso di accertata sussistenza di cause ostative o di non veridicità delle dichiarazioni.

La riscontrata sussistenza di una situazione di incompatibilità o di mendacio deve essere tempestivamente comunicata al RPCT, che, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, provvede alle segnalazioni ad ANAC e, ove ricorrano i presupposti, alla Corte dei conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello e in caso di inerzia, relaziona all'OIV, al Direttore Generale e all'Autorità competente e procede, ove necessario, all'effettuazione diretta delle verifiche nella percentuale minima prevista. Ulteriori verifiche a campione possono essere effettuate dal RPCT di propria iniziativa, nell'ambito dell'attività ordinaria di controllo e monitoraggio.

4.8.8 Pantouflage (art. 53, comma 16-ter, d.lgs. n. 165/2001)

Il fenomeno del *pantouflage* – termine di derivazione francese – indica il passaggio dei dipendenti pubblici dal settore pubblico a quello privato a seguito della cessazione del rapporto di lavoro. Tale fenomeno, se non adeguatamente disciplinato e presidiato, può determinare situazioni di rischio per l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa, in quanto idoneo a generare indebite commistioni tra interessi pubblici e privati.

Il legislatore nazionale è intervenuto in materia con la legge n. 190/2012, introducendo nell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001 il comma 16-ter, volto a prevenire fenomeni corruttivi connessi all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione.

La norma prevede il **divieto**, a carico dei dipendenti che, negli **ultimi tre anni di servizio**, abbiano esercitato **poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione**, di svolgere, nei **tre anni successivi alla cessazione**, attività lavorativa o professionale presso i **soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con il loro apporto decisionale**.

In caso di violazione del divieto:

- i contratti di lavoro e gli incarichi conferiti sono **nulli**;

- i soggetti privati che hanno conferito l'incarico non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi **tre anni**;
- sussiste l'obbligo di **restituzione dei compensi eventualmente percepiti**.

Ai fini dell'applicazione della disciplina, nella nozione di *dependenti della pubblica amministrazione* rientrano anche i **soggetti titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. n. 39/2013**, ossia:

- incarichi amministrativi di vertice;
- incarichi dirigenziali interni ed esterni.

Presupposto applicativo del divieto

Presupposto essenziale per l'operatività del divieto di pantouflage è l'esercizio, da parte del dipendente pubblico, di **poteri autoritativi o negoziali**. Come chiarito dall'ANAC, il potere autoritativo si sostanzia nell'adozione di provvedimenti amministrativi idonei a incidere unilateralmente sulle situazioni giuridiche dei destinatari, mentre il potere negoziale ricorre nei casi in cui il dipendente abbia avuto un ruolo determinante nella formazione della volontà contrattuale dell'amministrazione.

La disciplina si applica, pertanto, a tutte le situazioni in cui il dipendente abbia inciso in maniera rilevante su procedimenti e provvedimenti finali riferibili a soggetti privati.

Attività lavorativa o professionale in destinazione

L'espressione "attività lavorativa o professionale" deve essere interpretata in senso **ampio**, ricomprendendo:

- rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato;
- incarichi professionali, consulenze e collaborazioni comunque denominate.

Sono esclusi dall'ambito applicativo del divieto gli **incarichi di natura occasionale**, privi del carattere di stabilità e continuità, in quanto l'occasionalità fa venir meno il requisito dell'attività professionale abituale richiesto dalla norma.

Misure organizzative adottate dall'ASL Caserta

In coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione e con gli orientamenti ANAC, l'ASL Caserta ha introdotto specifiche misure organizzative volte ad assicurare il rispetto del divieto di pantouflage, tra cui:

- previsione espressa del divieto nel **Codice di comportamento aziendale**, approvato con deliberazione n. 98 del 22 gennaio 2024;
- previsione nel Codice di specifiche **conseguenze sanzionatorie**, in linea con quanto indicato da ANAC (Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018), secondo cui i contratti e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli, con preclusione per i soggetti privati di contrattare con la pubblica amministrazione per tre anni e obbligo di restituzione dei compensi;
- inserimento, nei **contratti di assunzione**, nei contratti individuali di lavoro (a tempo determinato e indeterminato) e negli incarichi di vertice e dirigenziali, di una **clausola specifica** che richiama il divieto di svolgere attività lavorativa o professionale, nei tre anni successivi alla cessazione, a favore di soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali;

- inserimento, negli **atti di cessazione del rapporto di lavoro**, di una clausola informativa sul divieto di pantouflage, applicabile anche ai soggetti equiparati ai dipendenti ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 39/2013;
- previsione, nei **bandi di gara** e negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, della condizione – quale requisito generale di partecipazione a pena di esclusione – che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o conferito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
- acquisizione, al momento della sottoscrizione del contratto o di atto analogo, di apposita **dichiarazione sostitutiva** resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

Ulteriori misure in attuazione degli indirizzi ANAC

In linea con quanto indicato da ANAC (Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023), l'Azienda introduce inoltre le seguenti misure:

- obbligo per il dipendente di sottoscrivere, entro un termine ritenuto congruo dall'amministrazione (anche anteriormente alla cessazione dal servizio), una **dichiarazione di presa d'atto** della disciplina sul pantouflage e di impegno al rispetto del divieto;
- dichiarazione da rendere **una tantum o all'inizio dell'incarico** da parte dei soggetti esterni con cui l'amministrazione instaura rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato o incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. n. 39/2013;
- promozione, da parte del RPCT, di **attività di formazione, informazione e sensibilizzazione** sul tema;
- previsione di **specifici percorsi formativi** dedicati al pantouflage per il personale in servizio e per i soggetti esterni nel corso dell'espletamento dell'incarico.

Ruolo del RPCT e attività di verifica

Il RPCT è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure adottate, anche mediante attività di acquisizione di informazioni utili sul rispetto del divieto di pantouflage, avvalendosi della collaborazione degli uffici competenti.

Il RPCT svolge altresì una funzione di **supporto consultivo interno**, fornendo chiarimenti ai dipendenti in fase di cessazione dal servizio circa le possibili ipotesi di violazione del divieto, anche attraverso l'interlocuzione con le strutture interne e, ove necessario, mediante richiesta di parere ad ANAC.

Specialisti ambulatoriali

Con specifico riferimento agli **Specialisti ambulatoriali**, il RPCT, con Circolare ASL Caserta prot. n. 0256261/A.C.TRASP del 25 ottobre 2024, pubblicata nella sezione *Amministrazione Trasparente*, ha fornito chiarimenti in ordine all'applicabilità del divieto di pantouflage, suggerendo l'adozione di apposita modulistica dedicata.

Modello operativo per la verifica del divieto di Pantouflage

Al fine di garantire l'effettiva applicazione del divieto di pantouflage, l'Azienda adotta un modello operativo strutturato, fondato sull'acquisizione delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto e su un sistema di verifiche proporzionato, graduato e tracciabile, coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione e con la sezione *Rischi corruttivi* del PIAO.

Acquisizione delle dichiarazioni di impegno

L'Azienda acquisisce dagli ex dipendenti, nonché dai soggetti equiparati ai dipendenti pubblici ai sensi della normativa vigente, una **dichiarazione di impegno al rispetto del divieto di pantouflage**, quale misura preventiva volta a garantire la piena conoscibilità della disciplina e a rafforzare la responsabilizzazione degli interessati.

Verifiche in caso di omessa dichiarazione

Gli **uffici competenti per materia**, ed in particolare l'**Ufficio Risorse Umane**, verificano **in via prioritaria** se tutti gli ex dipendenti abbiano reso la dichiarazione di impegno al rispetto del divieto di pantouflage.

La verifica riguarda il **100% degli ex dipendenti inadempienti**.

Nell'ambito delle proprie attività istruttorie, l'Azienda può raccogliere informazioni utili ai fini dell'accertamento di eventuali violazioni del divieto di pantouflage e della conseguente segnalazione ad ANAC, anche mediante la consultazione di **fonti informative e banche dati**, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- banche dati interne dell'Azienda (anagrafiche del personale cessato, incarichi conferiti, rapporti contrattuali);
- banche dati relative a **strutture sanitarie convenzionate o accreditate** e a soggetti privati che intrattengono rapporti contrattuali con l'Azienda;
- Registro delle Imprese (Camere di Commercio);
- Albi professionali;
- fonti aperte e pubblicamente consultabili (siti istituzionali, trasparenza dei soggetti privati, comunicazioni obbligatorie);
- ulteriori banche dati accessibili in virtù di specifiche convenzioni o per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Azienda.

Qualora, all'esito delle verifiche, emergano **elementi di dubbio** circa il rispetto del divieto di pantouflage, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente interessato, procede alla trasmissione di una **segnalazione qualificata ad ANAC**, ai fini delle valutazioni di competenza.

Verifiche nel caso di dichiarazione regolarmente resa

Nel caso in cui l'ex dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno al rispetto del divieto di pantouflage, l'Azienda procede a **verifiche a campione**, su una quota minima pari al **30%** degli ex dipendenti interessati.

Qualora, nei **tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro**, l'ex dipendente comunichi all'amministrazione l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro o professionale, l'Azienda effettua le necessarie verifiche sulla comunicazione ricevuta, al fine di valutare se ricorrano gli estremi di una violazione della disciplina sul pantouflage.

Tali verifiche possono essere svolte:

- mediante la consultazione delle banche dati e delle fonti informative già indicate;
- attraverso l'interlocuzione diretta con l'ex dipendente che ha trasmesso la comunicazione.

Le verifiche effettuate in relazione alle comunicazioni pervenute riguardano, in ogni caso, almeno il **30% delle dichiarazioni trasmesse**.

Verifiche a seguito di segnalazioni o notizie circostanziate

Nel caso in cui pervengano segnalazioni relative a possibili violazioni del divieto di pantouflage da parte di ex dipendenti, il RPCT procede all'esame delle stesse, prendendo in considerazione esclusivamente le **segnalazioni circostanziate**, al fine di evitare l'attivazione di verifiche basate su meri sospetti, voci o informazioni generiche.

Qualora la segnalazione riguardi un ex dipendente che abbia reso la dichiarazione di impegno, il RPCT, ferma restando la possibilità di consultare le banche dati e le fonti informative disponibili presso l'Azienda, avvia un'interlocuzione con l'interessato e, qualora ne ricorrano i presupposti, trasmette una **segnalazione qualificata ad ANAC**.

Nel caso in cui, invece, la dichiarazione di impegno non sia stata resa, il RPCT procede preliminarmente all'interlocuzione con l'ex dipendente e, ove necessario, attiva le verifiche secondo le modalità previste per i casi di omessa dichiarazione.

4.8.9 Reclutamento del personale – Incarichi e nomine

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso concorsi e prove selettive è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo, pertanto particolare attenzione va posta a:

- Coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- Attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;
- Commissione di concorso neutrali e competenti.
- Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:
- Selezione dei membri della commissione giudicatrice
- Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, e la loro rotazione,
- Definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione,
- Acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità
- Verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi
- Verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali,

stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi

- Osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione.
- Rotazione

I CCNL della dirigenza del SSN prevedono le seguenti tipologie di incarichi per la Dirigenza Medica e Sanitaria:

- o Incarico di direzione di struttura complessa;
- o Incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- o Incarico di direzione di struttura semplice;
- o Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- o Incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016 (Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, e presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti. Vedi programma per la Trasparenza).

Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo.

Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi *ad interim* o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate. Per le posizioni dirigenziali di strutture complesse la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali.

Per quanto riguarda le procedure di nomina, ci si riporta alle disposizioni normative e regolamentari attuali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconfiribilità ai sensi del decreto legislativo n.39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente unitamente al curriculum vitae".

Il ruolo del RPCT relativamente a tali misure - definito dall'art.15 del d.lgs. 39/2013 nonché dalle Delibere ANAC 2025, consiste nella vigilanza interna, ed in particolare:

- Monitoraggio dell'avvenuta acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni sull'apposita sezione trasparenza del sito istituzionale;
- Conduzione di verifiche a campione o mirate sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, utilizzando gli Uffici aziendali competenti ad acquisire i riscontri documentali necessari.

L'ASL di Caserta al fine del monitoraggio, ha implementato il gestionale che permette la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, inserendo un campo che consente di individuare l'anno di presentazione della dichiarazione. Questo consentirà la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

Incarichi a Direttore di Dipartimento

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale con implicazioni anche con il settore degli acquisti, è infatti in capo al Direttore del dipartimento, sia esso ospedaliero o territoriale, la responsabilità anche in ordine alla corretta e razionale programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- Esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- Predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- Esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- Pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità.

Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. 502/1992

Tra le tipologie di incarico, quelli previsti dall'articolo 15-septies del decreto legislativo n. 502/1992 si caratterizzano per la **prevalente natura discrezionale** della procedura di conferimento. La disposizione consente alle aziende sanitarie e ospedaliere di attribuire incarichi a tempo determinato per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, nel rispetto di specifici limiti quantitativi e requisiti professionali.

In particolare, le aziende possono conferire:

- incarichi a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione culturale, scientifica e professionale, mediante contratti di durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, rinnovabili, entro il limite del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali;
- incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza, non in quiescenza e in possesso del titolo di laurea e di requisiti coerenti con l'incarico, nel limite massimo del 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 5% della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.

Considerata l'eccezionalità del ricorso a tale modalità di conferimento, l'Azienda adotta specifiche **misure di trasparenza e imparzialità** finalizzate a ridurre i rischi di opacità e di trattamento non equo.

In particolare, l'Azienda assicura la pubblicazione sul sito istituzionale delle seguenti informazioni:

- le motivazioni del ricorso alla procedura derogatoria, inclusa la giustificazione del mancato ricorso alle ordinarie procedure concorsuali;
- la durata dell'incarico;
- le competenze professionali richieste;
- i criteri adottati per la selezione.

L'azienda si impegna per la pubblicazione di tutti gli atti e le notizie relative ai bandi di concorso. In particolare, nella sezione "Amministrazione trasparente – Bandi di concorso" (raggiungibile al link <https://www.aslcaserta.it/index.php/bandi-di-concorso/>) sono presenti le informazioni per:

- Selezioni direttori UU.OO.CC.;
- Bandi di concorso a tempo indeterminato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso a tempo determinato: dirigenza medica e veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa; comparto;
- Bandi di concorso per incarichi di collaborazione;
- Bandi di concorso riservati a personale dipendente;
- Mobilità esterna;
- Concorsi e selezioni altre ASL/Enti;
- Turni vacanti, graduatori ed esclusioni specialistica ambulatoriale.

Incarichi extra-istituzionali

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla normativa vigente in materia di attività libero-professionale, intra- ed extra-muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi e attività **extra-istituzionali** da parte dei dipendenti dell'ASL Caserta è consentito esclusivamente nei limiti e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001, delle ulteriori norme di legge richiamate e **delle specifiche prescrizioni aziendali**.

Oltre alla verifica preventiva dell'insussistenza di cause di incompatibilità, con particolare riferimento agli incarichi conferiti da soggetti terzi operanti nel settore sanitario o comunque in rapporti con l'Azienda, è fatto obbligo alle strutture competenti di assicurare la **tracciabilità delle autorizzazioni**

rilasciate. A tal fine, deve essere garantita la comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) del numero di autorizzazioni concesse annualmente, con distinzione tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché delle eventuali segnalazioni e violazioni accertate relative allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati, anche ai fini della predisposizione della relazione annuale del RPCT.

Le misure operative adottate dall'Azienda in materia di disciplina delle attività e degli incarichi extra-istituzionali sono le seguenti:

Area di rischio	Processo a cui applicare le misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto responsabile	Tempistica	Monitoraggio
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazione allo svolgimento incarichi ed attività extra-istituzionali	Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 30/11; Indicazione di eventuali segnalazioni in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati.	Osservanza disciplina in materia di incarichi extra-istituzionali	Servizio GRU	Entro il 30.11 di ogni anno	Reportistica

Tab.93: Misure operative attività ed incarichi extra-istituzionali

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte di dirigenti, funzionari e professionisti sanitari può determinare situazioni di **conflitto di interessi**, idonee a compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale e a costituire un potenziale fattore di rischio corruttivo. Per tali ragioni, l'articolo 1 della legge n. 190/2012 è intervenuto anche sul regime degli incarichi dei dipendenti pubblici, modificando l'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001, al fine di rafforzare i presidi di prevenzione e controllo.

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge e dai contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali è consentito esclusivamente nei limiti stabiliti dalla normativa vigente e nel rispetto della regolamentazione aziendale, previa verifica dell'insussistenza di cause di incompatibilità o conflitto di interessi, nonché nel rispetto degli obblighi di autorizzazione, comunicazione e trasparenza previsti.

4.8.10 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività contabili e la gestione del patrimonio rappresentano aree nevralgiche per l'integrità aziendale, in quanto direttamente connesse alla gestione dei flussi finanziari e dei beni pubblici.

Sul fronte dei pagamenti, i rischi corruttivi si manifestano principalmente attraverso la manipolazione dei tempi di erogazione, la liquidazione di fatture prive di adeguata verifica o il mancato rispetto dell'ordine cronologico dei pagamenti, dinamiche che possono favorire specifici creditori a discapito di altri. Per contrastare tali fenomeni, l'Azienda punta sulla piena tracciabilità e trasparenza dei flussi finanziari, utilizzando come strumento cardine il Percorso Attuativo di Contabilità (PAC). Questo protocollo è fondamentale per garantire la veridicità delle rilevazioni di bilancio e ridurre drasticamente il rischio di frodi amministrativo-contabili.

Per quanto riguarda la gestione del patrimonio, l'ASL di Caserta amministra un vasto inventario di beni mobili e immobili derivante dalla fusione delle precedenti realtà sanitarie. La distinzione tra patrimonio indisponibile (vincolato ai fini istituzionali) e disponibile richiede un monitoraggio costante, affidato alla UOC Servizio Patrimonio. In linea con gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del D.lgs.

33/2013, l'elenco dei beni è consultabile sul portale istituzionale, ma l'Azienda ha pianificato per il prossimo triennio un significativo potenziamento delle misure di controllo.

Gli obiettivi strategici includono:

- L'aggiornamento regolamentare: È prevista la revisione dei regolamenti per la gestione del patrimonio e la tenuta degli inventari, fermi rispettivamente al 2014 e al 2017, per adeguarli alle attuali necessità operative.
- L'incremento della trasparenza: Verranno inseriti dati di dettaglio sul valore degli immobili e sulle loro specifiche finalità di utilizzo, superando i requisiti minimi di legge.
- L'integrità tecnologica: È in corso un inventario analitico di tutti i beni aziendali — dalle attrezzature scientifiche agli automezzi — attraverso una procedura informatizzata direttamente integrata nel software gestionale SAP, assicurando così una perfetta corrispondenza tra consistenza fisica dei beni e rilevazioni contabili.

4.8.11 Gestione dei cespiti

In conformità al D.lgs. 118/2011, l'ASL di Caserta è impegnata nel garantire la certificabilità dei propri bilanci, un obiettivo che impone l'adozione di procedure amministrativo-contabili rigorose e costantemente verificabili. Il cuore di questo processo risiede nella corretta gestione del patrimonio, poiché un inventario non aggiornato comprometterebbe l'attendibilità dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico.

Per rispondere a queste esigenze, l'Azienda ha intrapreso un importante percorso di modernizzazione:

- Mappatura e Digitalizzazione: Dal 2022 è stata avviata una mappatura sistematica dei processi basata sul Regolamento Aziendale delle immobilizzazioni. Tutte le registrazioni dei beni (cespiti) materiali e immateriali sono ora gestite tramite il sistema informativo SIAC SAP, che assicura l'identificazione individuale di ogni bene nel bilancio di lungo termine.
- Quadratura Contabile: Il Servizio Economico Finanziario ha completato le operazioni di migrazione e quadratura dei saldi patrimoniali, garantendo che i dati contabili siano allineati al valore reale dei beni posseduti.

Questo sistema di gestione dei cespiti, che comprende la creazione e l'aggiornamento costante dei record anagrafici, non è solo un adempimento normativo, ma lo strumento indispensabile per fornire una rappresentazione veritiera e corretta della solidità economico-patrimoniale dell'Azienda.

4.9 Aree di rischio specifiche in Sanità

- **Attività libero professionale e liste di attesa;**
- **Rapporti contrattuali con privati accreditati;**
- **Attività di vigilanza, controlli, ispezioni**
- **Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedaliera**
- **Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;**
- **Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.**

4.9.1 Aree di rischio specifico in Sanità - Attività Libero Professionale ALPI e Liste di Attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale.

I possibili eventi rischiosi possono essere:

- False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- Lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- Squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Le misure adottate, anche dalla nostra azienda, per contrastare tali fenomeni sono:

- Informatizzazione delle liste d'attesa;
- Prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP;
- Aggiornamento periodico delle liste di attesa;
- Valutazione periodica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI;
- Negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali;
- Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'attività in ALPI tra quelli afferenti
- al patrimonio immobiliare aziendale;
- Adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione.

L'azienda, inoltre, confronta periodicamente le prestazioni erogate in intra/extramoenia con le prestazioni erogate in attività istituzionali attraverso i seguenti indicatori:

$$x = \frac{\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia}}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$

$$x = \frac{(\text{numero di prestazioni erogate in intramoenia})/(\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali})}{\text{numero di prestazioni erogate in attività istituzionali}}$$

La valutazione avviene sia per singolo specialista che per equipe.

L'Azienda assicura una vigilanza costante sulla sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, estendendo i controlli anche alle attività prestate presso studi professionali esterni collegati in rete. Tale monitoraggio è supportato da:

- Pianificazione Strategica: La negoziazione dei volumi di attività ALPI è strettamente vincolata al raggiungimento degli obiettivi istituzionali, garantendo che la libera professione non pregiudichi i livelli essenziali di assistenza.
- Gestione degli Spazi: È prevista una ricognizione periodica del patrimonio immobiliare aziendale per ottimizzare l'uso degli spazi interni destinati all'attività libero-professionale.

L'ASL Caserta ha uniformato la gestione delle prestazioni, sia in regime ordinario che ALPI, attraverso il Portale Regionale CUP/So.Re.Sa.. L'informatizzazione del sistema garantisce:

- L'obbligo di prenotazione tramite CUP regionale per tutte le prestazioni, con una gestione delle agende dei professionisti prioritariamente orientata alla gravità della patologia.
- La tracciabilità completa dei flussi di prenotazione, erogazione e fatturazione dell'ALPI, riducendo il rischio di violazione degli obblighi contabili.
- L'aggiornamento costante delle liste di attesa istituzionali per una corretta trasparenza verso l'utenza.

Particolare attenzione è rivolta all'ALPI espletata presso studi professionali "in rete". Nonostante l'integrazione informatica sia volta a prevenire l'evasione degli obblighi di fatturazione, l'Azienda si impegna a potenziare le verifiche ispettive e i controlli periodici sulla conformità alla normativa nazionale e ai regolamenti aziendali.

In linea con l'art. 41 del D.lgs. 33/2013, l'Azienda non si limita agli obblighi di legge, ma adotta misure di trasparenza incrementali, assicurando la massima pubblicità dei dati relativi all'attività intramuraria in ogni sua fase, a tutela del cittadino e dell'integrità dell'amministrazione sanitaria.

Programmazione misure ALPI

Azioni	Responsabile attuazione	Indicatore di monitoraggio	2026	2027	2028
ALPI	Struttura di supporto ALPI	Numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	< 70 %	< 70%	< 70%
		Numero di prestazioni erogate in intramoenia allargata rendicontate / numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe)	< 70 %	< 70%	< 70%

Tab.94: Misure ALPI

4.9.2 Aree di rischio specifico in Sanità – Governo delle Liste d'attesa

Il fenomeno delle liste di attesa rappresenta una delle principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, incidendo direttamente sui tempi di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Tale problematica, diffusa sull'intero territorio nazionale, è riconducibile a una pluralità di fattori, tra cui la carenza di specialisti ambulatoriali, la riduzione dell'offerta prestazionale da parte delle strutture ospedaliere a seguito del contenimento degli organici e del prevalente impegno nelle attività di emergenza-urgenza, la concentrazione delle richieste su specifici professionisti con conseguente alterazione dei tempi medi di attesa, la disomogeneità dell'offerta territoriale e l'errata registrazione del grado di priorità delle prestazioni nei sistemi informativi aziendali.

Al fine di fronteggiare tali criticità e ridurre i rischi di natura organizzativa e corruttiva connessi alla gestione delle liste di attesa, l'ASL di Caserta ha recepito la Deliberazione di Giunta Regionale della Campania n. 620 del 29 dicembre 2020, recante il "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa", adottando apposito atto deliberativo del Direttore Generale n. 1039 del 24 giugno 2021. In tale ambito, l'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro dedicato con il compito di elaborare un programma progettuale per il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale, garantire il monitoraggio continuo delle prestazioni recuperate e assicurare la rendicontazione agli uffici regionali dell'utilizzo delle risorse assegnate e dei risultati conseguiti.

Già con deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 12 novembre 2019, successivamente aggiornata con deliberazione n. 1201 del 22 luglio 2021, l'ASL Caserta ha approvato il **Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa**, che definisce le strategie operative per la razionalizzazione e il contenimento dei tempi di attesa. Il Programma prevede, in particolare, la ricognizione periodica delle liste di attesa, l'obbligo per i medici prescrittori di indicare il criterio di priorità sulle prescrizioni secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, nonché l'inserimento del quesito diagnostico e della specificazione tra "prima visita" e "controllo" in tutte le procedure di prenotazione.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le priorità sono definite come segue: **U (Urgente)** entro 72 ore, **B (Breve)** entro 10 giorni, **D (Differibile)** entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici, **P (Programmabile)** entro 180 giorni. Per le prestazioni in regime di ricovero sono previste le classi di priorità **A** (entro 30 giorni), **B** (entro 60 giorni), **C** (entro 180 giorni) e **D** (entro 12 mesi).

Ulteriori misure di governo prevedono la verifica del carico di lavoro degli specialisti ambulatoriali, l'obbligo per gli specialisti ospedalieri di garantire un'offerta prestazionale adeguata e coerente rispetto all'attività libero-professionale intramuraria, il potenziamento degli organici dei presidi ospedalieri e l'ampliamento dell'offerta ambulatoriale.

A supporto dell'utenza, l'Azienda ha implementato sul sito istituzionale un portale dedicato che consente la ricerca delle disponibilità delle prestazioni, la prenotazione anche tramite applicazioni per smartphone, il pagamento dei ticket, la disdetta delle prenotazioni, la consultazione dei tempi di attesa per prestazioni e ricoveri e l'accesso a un'area riservata per la gestione dei dati anagrafici personali.

Programmazione misure per le Liste di Attesa

Azioni	Responsabile attuazione	Indicatore di monitoraggio	2026	2027	2028
Liste di Attesa e Attività ALPI	Direttori U.O.C. AA.GG.	Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali garantire un'adeguata apertura ambulatoriale nei PP. OO.	70%	85%	100%
	Dirigenti ALPI	Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa.	100%	100%	100%

Tab.95 : Misure liste di attesa

4.9.2 Aree di rischio specifico in Sanità – Controlli nelle strutture accreditate

Il settore dell'accreditamento delle strutture private rappresenta un'area ad alto rischio corruttivo, dove la divergenza tra la missione universalistica del pubblico e lo scopo di lucro del privato può generare distorsioni.

Un rischio rilevante riguarda l'appropriatezza delle prestazioni e le frodi sui rimborsi, come nel caso delle manipolazioni dei **"Raggruppamenti omogenei di diagnosi"** (DRG), dove interventi di chirurgia estetica o prestazioni minori vengono rendicontati come patologie gravi per ottenere rimborsi superiori dal Servizio Sanitario Nazionale (**Il caso più eclatante riguarda le operazioni di chirurgia estetica che invece vengono spacciate per interventi su gravi patologie, spesso addirittura tumorali. Le rinoplastiche fatte passare come "setto plastica" sono certamente frequenti, ma c'è anche chi si è rifatto il seno, le cosce, l'addome sostenendo di essere molto malato, addirittura in pericolo di vita).**

L'esperienza dell'ASL Caserta conferma la necessità di una vigilanza rigorosa. A seguito di controlli ispettivi, sono stati individuati centri con produzioni sproporzionate rispetto ai contratti, incongruenze negli organici e prestazioni rese senza le necessarie strumentazioni, portando a provvedimenti drastici come la revoca definitiva dell'accreditamento. (A seguito di esposto, sono stati predisposti nel 2020 controlli e verifiche da apposita commissione presso i tre Centri Antidiabetici accreditati l'esito può essere così riassunto:

- La produzione rendicontata è risultata sproporzionata rispetto ai limiti fissati dal contratto annuale sottoscritto per cui è stato sospeso l'acconto previsto dal contratto al 90% (gennaio-giugno2020).
- Incongruenza tra gli specialisti comunicati all'UOC Controllo Strutture Accreditate e al Distretto di competenza con l'elenco specialisti inserito ne portale SANIARP
- Molte prestazioni risultano rese oltre la COM nelle singole branche
- In alcuni casi pazienti risultano aver effettuato esami strumentali non erogabili dal centro perché sfornito di adeguata strumentazione
- Esami strumentali eseguiti senza specifica indicazione
- Incongruenza tra pazienti inseriti nel file C e l'elenco dei pazienti dell'accettazione giornaliera del centro.

Il riscontro di tali criticità ha portato a richiedere con delibera N.1235 del 07/10/2020 alla Regione Campania la sospensione o revoca dell'accreditamento istituzionale disposto a favore del centro.

Con relazione prot. N.1220981 del 27/09/2021 il responsabile f.f. della UOC "Acquisto e controllo prestazioni esterne strutture accreditate", ha comunicato che al centro antidiabetico, persistendo il suo comportamento anomalo, è stato revocato l'Accreditamento a far data dal 28/04/2021). Per prevenire tali criticità e garantire un uso appropriato delle risorse, si rappresenta la necessità di garantire:

- Potenziamento dei controlli in situ: Istituzione di commissioni con personale qualificato per ispezioni periodiche presso le Case di Cura e i centri accreditati, con verifica diretta delle cartelle cliniche e della reale presenza dei pazienti.
- Imparzialità dei controllori: Obbligo di rotazione annuale dei componenti delle commissioni ispettive e verifica delle incompatibilità per evitare conflitti di interesse con i soggetti liquidatori.
- Tracciabilità informatica e contrattuale: Monitoraggio rigoroso delle Capacità Operative Medie (COM) e dei tetti di spesa, incrociando i flussi di rendicontazione con le prescrizioni effettive e la reale dotazione organica dichiarata.
- Standardizzazione delle procedure: Definizione di criteri oggettivi per la valutazione dei fabbisogni e rispetto dell'ordine cronologico nel rilascio delle autorizzazioni, al fine di evitare ritardi o accelerazioni discrezionali.

In questa ottica, lo strumento contrattuale diventa la leva principale per assicurare che il rapporto pubblico-privato resti trasparente e orientato esclusivamente al benessere dell'utenza e alla sostenibilità del sistema.

Con Delibera N. 1155 del 15/07/2021 Asl di Caserta ha provveduto ad approvare i nuovi *"Indirizzi Operativi. Controllo delle attività sanitarie delle Strutture private in regime di accreditamento istituzionale"*.

Per le attività di ricovero lo specifico servizio aziendale provvede al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni nelle Case di Cura con un nucleo ispettivo che si reca nelle stesse strutture verificando, sulla base di specifici indicatori, le cartelle cliniche.

Vengono in particolare controllati i ricoveri ripetuti, i parti cesarei, i casi di DRG particolarmente complessi, le attività chirurgiche, i day surgery etc.

I Nuclei distrettuali verificano la reale presenza degli ammalati ed il rispetto degli orari e dei turni. Per i centri accreditati il controllo viene effettuato sulla base dei dati dei file trasmessi e con verifica delle ricette (corrispondenza tra file e ricetta). Analogamente vengono verificate le Capacità Operative Medie (COM) ed applicati i tetti di spesa.

Analogo controllo viene effettuato sugli organici dichiarati e sulla presenza in più centri degli stessi specialisti.

I requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento vengono verificati da apposite commissioni del dipartimento di prevenzione.

Come già riportato poco innanzi, si ravvisa inoltre la necessità di:

- Intensificare ed istituire controlli periodici con sopralluoghi in situ da parte di commissioni all'uopo costituite con personale qualificato.
- Potenziare i controlli informatici
- Attuare a pieno la delibera 1155/2021 con il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali.

"La regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che, ove non adeguatamente trasparenti e standardizzati nelle relative procedure, possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse.

In questa logica lo strumento contrattuale rappresenta una delle principali leve attraverso le quali migliorare il processo di negoziazione tra il committente/azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale"

Possibili eventi a rischio

- Errori nella valutazione dei fabbisogni
- Ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni
- Ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni
- Omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi

Misure definite nel presente PTPC

- Criteri per definire e quantificare i fabbisogni
- Rigoroso protocollo delle richieste di autorizzazione con evasione cronologica
- Criteri oggettivi per la nomina delle commissioni
- Rotazione dei componenti delle commissioni
- Incompatibilità tra componenti delle commissioni ed incarichi di servizio di liquidazione
- Lista rigorosa degli adempimenti e delle procedure ispettive
- Per gli accordi contrattuali rigorosa attuazione dei decreti del Commissario ad Acta sui tetti di spesa
- Rotazione del personale deputato al controllo
- Rigorose misure di verifica dell'appropriatezza dei DRG con analisi delle cartelle cliniche
- Verifica delle COM giornaliera e mensile

Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate

Azioni	Responsabil e attuazione	Indicatore di monitoraggio	2026	2027	2028

Controlli nelle strutture accreditate	Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate	Numero controlli in situ di commissioni preposte Confronto delle COM degli ultimi tre anni Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro. Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli	50%	70%	100%
		Adozione di procedure interne relative ai controlli.	100%	100%	100%

Tab.96: Misure Controlli nelle Strutture Accreditate

Attività di vigilanza, controlli, ispezioni nell'area del Dipartimento di Prevenzione

Le attività di vigilanza, controllo e ispezione, nonché l'eventuale irrogazione di sanzioni, interessano tutte le amministrazioni pubbliche chiamate a esercitare funzioni di controllo su specifici settori. Tali attività assumono particolare rilievo ai fini della prevenzione della corruzione, soprattutto con riferimento alle aree maggiormente esposte al rischio corruttivo, tra cui, a titolo esemplificativo, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, gli ambiti di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione.

In tale contesto, come evidenziato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nella Determinazione n. 12 del 2015, risulta necessario adottare misure specifiche volte a rafforzare l'efficacia e la trasparenza delle attività ispettive. Tali misure comprendono, in particolare, il perfezionamento degli strumenti di controllo e di verifica mediante l'utilizzo di modelli standardizzati di verbali corredati da check list, la rotazione del personale ispettivo, nonché l'introduzione, nei Codici di comportamento, di disposizioni specificamente dedicate al personale addetto alle funzioni di vigilanza e ispezione.

Misure per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria

Tab. 97

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti	Parere per riconoscimento stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% nel '26 (15% nel '27 e 20 nel '28) delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitto di interesse
		Autorizzazione trasporto animali	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione intera. Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria; Verifica conflitti di interesse
	Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Azioni in caso di non conformità	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione interna Supervisioni/Controlli Rotazione del personale; Verifica conflitti di interesse

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
	Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffuse e zoonotiche negli animali domestici e non	Ispezioni di legge Verifica documentazione e Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.	Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanzianti in Report Semestrali Rotazione del personale; Trasparenza; verifica conflitti di interessi
Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicuniculi)	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto
	Attestazioni per trasporto animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto
	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi	Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse
	Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto

Tab.98: Misure Controlli Area Veterinaria

4.9.3 Assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedalieri

4.9.3.1 U.O. Cure Primarie e Governo delle Cronicità

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Sanitaria di Base sono previste le seguenti procedure:

Gestione CUP, accettazione prenotazione e pagamento ticket

Autorizzazione rimborsi assistiti

Rimborsi viaggi dialisi

Viaggi in Italia e all'estero per ricoveri e trapianti

Rimborso microcitemici e malattie rare
 Acquisto microinfusori e altro materiale
 Gestione anagrafe assistiti con scelta e revoca del medico di fiducia e PLS
 Gestione mobilità internazionale

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda è in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili delle UUOO di:

- 1 Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione delle liste di attesa e sulle prenotazioni
- 2 Far ruotare il personale deputato all'autorizzazione dei rimborsi assistiti
- 3 Rendere il più possibile trasparenti le procedure
- 4 Particolare attenzione alla documentazione dei rimborsi agli assistiti per viaggi all'estero

4.9.3.2 U.O. Assistenza Riabilitativa

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Riabilitativa le seguenti procedure:

- 1 Autorizzazione presidi sanitari
- 2 Per incontinenza a raccolta
- 3 Per incontinenza ad assorbente
- 4 Ventilatori polmonari
- 5 Protesica di cui agli elenchi 1,2 e 3
- 6 Autorizzazione prestazioni riabilitative ex art.26 ed ex art.44 3- Autorizzazione ricoveri cod. 56

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda è in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili delle UUOO di:

- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- Far ruotare il personale deputato all'autorizzazione
- Rendere il più possibile trasparenti le procedure

4.9.3.4 Ambulatori di Medicina Legale

Per i Servizi distrettuali di Assistenza Medicina Legale - le seguenti procedure:

- Commissioni
- Collegio Medico
- Commissione patenti speciali
- Visite fiscali
- Visite per concessioni patenti e posti invalidi ed altre esenzioni

Tali attività possono essere ad alto rischio (la scheda è in corso di elaborazione). Il presente piano prevede l'obbligo da parte dei responsabili di tali ambulatori di:

- Definire e pubblicare un regolamento omogeneo tra le varie UUOO sulla gestione di tali procedure
- Far ruotare il personale deputato delle commissioni ogni due anni
- Rendere il più possibile trasparenti le procedure

Misure per l'area dell'assistenza distrettuale

Tab. 99

Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
Rilascio esenzioni ticket	Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione	1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti; 2) Interesse esterno; 3) Discrezionalità del processo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '26; 20% nel '27; 30% nel '28)

Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatria di Libera scelta	Richiesta utente	Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line	Rotazione (30% nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '26; 20% nel '27; 30% nel '28)
Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari	Richiesta e acquisizione/verifica documentazione	Discrezionalità nell'autorizzazione/ prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione ((30% nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27)
Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi	Rotazione ((30% nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione	Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione	Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri)	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '25;40% nel '26 e 30% nel '27)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '26; 20% nel '27; 30% nel '28)
Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni	Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione	Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di documentazione regolare. Omissione di controllo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione ((30% nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (10% nel '25; 20% nel '26; 30% nel '27)
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi	Rotazione ((30% nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Verifica documentazione autorizzazione	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse	Rotazione (30% nel '26-'27 - 28)
				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
				Controllo autocertificazioni (30% nel '26-'27 -28)
Gestione Mobilità Internazionale	Verifica documentazione	1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbinante	1) Controlli a campione; 2) Rotazione del personale; 3) Formazione	Rotazione (30% nel '26-'27- 28)

Tab:99 Misure per l'area dell'assistenza distrettuale

4.9.3.5 Certificazioni Medico Legali Ospedaliere- i Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri della ASL di Caserta

Le verifiche effettuate nel corso degli ultimi due anni sui referti di Pronto Soccorso, anche a seguito di segnalazioni di molteplici Compagnie di Assicurazione, ha messo in luce diverse “anomalie” dei referti di P.S. imputabili principalmente a:

- Molti referti trasmessi dalle agenzie risultavano redatti su registro cartaceo e non sull'applicativo di P.S. come da prassi.
- Registrazione non in sequenza dei referti in questione.
- Riscontro di referti cartacei su fogli “sparsi” con numerazione non riconducibili ad alcuna sequenza.
- Alla data e ora del referto cartaceo di PS era regolarmente in funzione l'applicativo informatico di accettazione degli accessi.
- La firma apposta in calce alla voce Medico di molte Schede-referti di PS non è attribuibile con certezza ad operatori del presidio dato che risulta illeggibile

Tali esiti sono stati trasmessi all'Autorità Giudiziaria.

Inoltre, le verifiche effettuate da parte dei D.S. dei P.O. hanno portato al deferimento di diversi dipendenti medici all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari con la conseguenza in diversi casi dell'irrogazione della sanzione della sospensione per alcuni mesi dal servizio con privazione della retribuzione.

Misure da attuare per prevenire fenomeni corruttivi

Il presente piano prevede l'obbligo da parte del D.S. del P.O. di attuare:

- Rotazione del personale del P.S. con cadenza periodica.
- Istituzione di un unico registro degli accessi di PS con pagine “legate” in sequenza ognuna delle quali debitamente firmata e timbrata dal D.S. da usarsi solo nel caso di blocco dell'applicativo informatico degli accessi.
- Conservazione del Registro presso il D.S. del Presidio Nosocomiale; consegna dello stesso al Responsabile del P.S. su richiesta scritta da parte di quest'ultimo che attesta il blocco dell'applicativo informatico. Il Responsabile del PS provvederà a segnare in sequenza gli accessi nel registro riportando accanto ad ogni accesso copia /estremi del documento di riconoscimento dell'utente nonché lo stesso numero sequenziale del registro sul referto. Consegna del registro da parte del Responsabile del PS con annotazione di data e ora di consegna coincidente con lo sblocco del sistema informatico di rilevazione accessi (applicativo).
- Ogni referto cartaceo viene debitamente firmato e timbrato dal medico che ha seguito il paziente.
- Obbligo per ogni Dirigente Medico di P.S. di munirsi di firma digitale per i referti informatizzati di P.S.
- Verifiche Periodiche a campione da parte del D.S. del presidio nosocomiale.

Programmazione misure Area Ospedaliera

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
RISCOSSIONE TICKET SANITARI	Contabilità e registrazione proventi	Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero	Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito	Rotazione del personale - Verifiche periodiche	Rotazione (30% nel '26-'27-'28)
	Rendicontazione trimestrale cassa automatica				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
FRONT OFFICE CUP	Prenotazione visite ambulatoriali	Gestione accesso alle Prestazioni	1) Favoritismi indebiti nei confronti di	Rotazione del personale. Rispetto dei	Rotazione (30% nel '26-'27-'28))

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
	Prenotazione ricoveri Ordinari	Gestione attività di prenotazione	determinati Utenti;2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari)	principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative	
	Prenotazione ricoveri in D.H.				
	Prenotazione ricoveri DS				Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO.	Compilazione turni di servizio	Pianificazione dei turni	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti	Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS	Rotazione (30% nel '26-'27-'28))
					Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
	Controllo qualità e quantità del vitto	Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio	Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28))
					Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
	Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri	Verifica periodica del corretto deposito dei rifiuti ospedalieri e della loro rimozione	Omesso controllo/vigilanza	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28) Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
	Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero)	Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti	Omesso controllo/vigilanza	Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei pagamenti- Controlli a campione	Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
SPERIMENTAZIONI FARMACOLOGICHE	Sperimentazioni farmacologiche	Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche	Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse	Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto.	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
					Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
ATTIVITÀ DELLA DIREZIONE SANITARIA DEI PP.OO.-	Gestione ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende ambulatoriali	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende di ricovero	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
	Gestione contrattuale biancheria	Movimentazione biancheria	Possibile sottrazione di biancheria in reparto	Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici	Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28))
	Gestione Mobilità Internazionale	Verifica documentazione	1) Omissione incasso;2) errata registrazione come utente non abbiente	1) Controlli a campione ;2)rotazione del personale;3) Formazione	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
					Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)

Tab.100: Misure per l'area dell'assistenza ospedaliera

Ulteriori misure dell'Area Ospedaliere per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
ATTIVITÀ CORRELATE AL DECESSO OSPEDALE	Attività connesse al Decesso intraospedaliero	Gestione quotidiana decessi intraospedalieri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti	Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)

			alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto.	Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)
					Controllo autocertificazioni (10% nel '26; 20% nel '27; 30% nel '28)
ATTIVITÀ CORRELATE Ai REFERTI di PS	Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso	Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero	1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero;2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative;3) Valenza esterna;4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico;5) assenza di un registro cartaceo vidimato con n. di pagina progressivo e mancanza di periodica verifica da parte del DS	1) Obbligo in caso di blocco del sistema informatico di attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario;2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo.3) Rotazione del personale;4) Obbligo di firma digitale	Rotazione (30% nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28)
					Misure di controllo (100% nel '26-'27-'28)

Tab.101 : Ulteriori misure per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

4.9.4 Aree di rischio specifico in Sanità – Spesa farmaceutica convenzionata ed interna

Il settore farmaceutico e della ricerca scientifica è caratterizzato da un rischio elevato di condizionamento da parte dei produttori di farmaci e tecnologie. La pressione delle aziende farmaceutiche può compromettere l'indipendenza della comunità scientifica, portando in casi estremi alla manipolazione dei dati di ricerca o a fenomeni di comparaggio e truffe ai danni del Servizio Sanitario Nazionale, come la richiesta di indebiti rimborsi o la prescrizione irregolare di farmaci.

Per contrastare l'uso distorto dell'autonomia professionale e prevenire frodi, l'ASL Caserta ha implementato un sistema di controllo rigoroso e multidimensionale:

- **Monitoraggio Prescrittivo:** Grazie al portale regionale SANIARP, gestito direttamente dall'Azienda, i medici sono obbligati a registrare online ogni prescrizione. Questo permette di elaborare reportistica dettagliata per individuare tempestivamente anomalie nel rapporto farmaco-prescrittore-paziente.
- **Obiettivi e Trasparenza:** Sono fissati obiettivi precisi per medici di medicina generale e pediatri, monitorati costantemente e notificati ai vertici aziendali e alle commissioni distrettuali.
- **Dichiarazione Pubblica di Interessi:** Al fine di neutralizzare l'influenza delle aziende produttrici, a tutti i professionisti coinvolti nei processi decisionali, di ricerca e di sponsorizzazione è richiesta una dichiarazione pubblica di interessi. Tali documenti sono pubblicati sul sito istituzionale in "Amministrazione Trasparente".
- **Ottimizzazione della Distribuzione:** L'Azienda potenzia la distribuzione diretta (DPC) e interna, riducendo i passaggi intermedi e garantendo un controllo più serrato sulla spesa farmaceutica complessiva che, pur essendo tra le più basse in Campania, richiede massima attenzione per la sua ingente entità.

Queste misure non restano isolati adempimenti formali, ma sono integrate nei processi di valutazione delle performance, assicurando che l'integrità professionale diventi un pilastro della programmazione sanitaria aziendale.

4.9.5 Aree di rischio specifico in Sanità – Ulteriori misure di controllo sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, sul rispetto delle liste di attesa e sui tetti di spesa dei centri accreditati

Tutte le prestazioni specialistiche erogate dai Centri Accreditati e dalle strutture pubbliche saranno raccolte in un unico datawarehouse ed analizzato per ogni assistito (sulla base della chiave Codice Fiscale). Gli indicatori sono i seguenti:

- Numero di prestazioni di diagnostica radiologica ad alto costo (TAC, Risonanza, Ecodoppler etc.) per anno e per assistiti per verificare la ripetitività degli stessi. Ovviamente da tali indicatori saranno esclusi i pazienti con diagnosi 048 ed in corso di stadiazione. Tutti i pazienti con numero di esami TAC e RMN con n. esami maggiori di due per anno saranno invitati presso i distretti per una verifica sulle diagnosi e sulle motivazioni (esclusi i neoplastici);
- Controllo rigoroso delle diagnosi delle TAC, RMN e delle PET. Per le PET controllo rigoroso delle motivazioni (codice 048 e stadiazione). Per le PET obbligo di inserimento sul portale Sani.arp delle PET con la relativa motivazione diagnostica;
- Potenziamento delle strutture pubbliche di radiologia con apertura sabato e domenica. Saranno individuati indicatori specifici per le prestazioni "R" e sugli esami ripetuti;
- Per la diagnostica di laboratorio verifica della ripetitività delle indagini simili nello stesso paziente;
- Definizione all'inizio dell'anno delle delibere sui tetti di spesa con notifica ai Centri e monitoraggio mensile diffidando gli stessi ad erogare le prestazioni in dodicesimi del tetto;
- Accordo con i Centri di dialisi per l'invio dei pazienti per esami di laboratorio alle nostre strutture pubbliche individuando gli stessi quali punti prelievo e con trasporto garantito presso i nostri laboratori pubblici;
- Obbligo per gli specialisti ambulatoriali (SUMAI e Ospedalieri) di assicurare un significativo numero di prestazioni istituzionali da confrontare con il numero di prestazioni erogate in regime di intramoenia;
- Pulizia delle liste di attesa con telefonate a 10 e 5 giorni prima di conferma.

4.9.6 PTRI – UVI - Cogestori

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI), sostenuti dal Budget di Salute (BdS), rappresentano un modello innovativo di integrazione socio-sanitaria (welfare mix) finalizzato all'inclusione e all'emancipazione di persone con bisogni complessi, come pazienti psichiatrici o persone con gravi disabilità sociali.

Questo sistema si basa su una collaborazione paritaria tra il Servizio Pubblico e i partner privati (cogestori), individuati tramite avvisi pubblici e iscritti in un apposito albo fiduciario aziendale. Il Budget di Salute non è un semplice sussidio, ma una dotazione finanziaria gestita dal cogestore per coprire i servizi necessari a garantire all'utente diritti fondamentali: casa, lavoro, socialità e formazione.

Il Processo di Presa in Carico e Valutazione

- L'accesso ai PTRI avviene esclusivamente tramite l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), uno strumento multidisciplinare che coinvolge medici, assistenti sociali, l'utente e la sua famiglia.
- Accesso: Il percorso inizia con la proposta del Medico di Medicina Generale (MMG) e l'utilizzo della modulistica S.V.A.M.Di.
- Durata: I progetti hanno una temporalità standard di due anni (prorogabili di uno), durante i quali l'UVI effettua verifiche semestrali per valutare l'evoluzione del bisogno e il grado di autonomia raggiunto.
- Priorità: L'accesso è garantito prioritariamente a soggetti in condizioni di grave marginalità, provenienti da strutture protette, OPG o carceri.

A seguito di criticità emerse e per garantire la massima trasparenza, l'ASL Caserta ha strutturato rigorosi meccanismi di vigilanza, recependo le normative regionali e il Codice degli Appalti:

- Limiti Finanziari: Ogni cogestore non può superare il tetto massimo di 200.000 euro annui per l'intera ASL. I Direttori di Distretto sono tenuti a monitorare trimestralmente il raggiungimento di tale soglia.
- Verifiche Incrociate: È previsto un controllo sistematico tra il numero di utenti effettivamente affidati e i verbali UVI, oltre all'acquisizione delle relazioni semestrali sulla qualità dell'assistenza prestata.
- Integrità delle Commissioni: Per prevenire conflitti di interesse, è stata stabilita la rotazione biennale dei componenti delle Commissioni UVI e l'obbligo di dichiarare l'assenza di incompatibilità ogni volta che un utente viene affidato a un nuovo cogestore.
- Trasparenza: L'elenco dei cogestori idonei viene aggiornato e pubblicato periodicamente sul sito web aziendale (ultimo aggiornamento Delibera 1892/2024), garantendo all'utente il diritto di scelta tra i soggetti qualificati.

Questo modello mira a trasformare l'assistenza da una mera erogazione di prestazioni a un reale percorso di cittadinanza, evitando la re-istituzionalizzazione e promuovendo l'autonomia della persona.

Programmazione misure PTRI- Cogestori

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi
I PTRI le UVI ed i Cogestori	Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario	Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori Rotazione dei responsabili dei controlli	100 % controlli requisiti nel 2026/'27 e'28 Rotaz 30 % nel '26;40% nel '27 e 30% nel '28
		Numero di dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con i cogestori/cooperative/etc rispetto al n. di dirigenti/collaboratori partecipanti alle procedure di affidamento. Dichiarazione di pantouflage	100% nei tre anni

Tab.122: Misure Programmazione PTRI e Cogestori

4.10 Contratti pubblici

4.10.1 Digitalizzazione dei contratti pubblici

Tra le aree di rischio generale, come indicato nella legge 190/2012, rientra quella dei contratti pubblici, che l'amministrazione è tenuta a presidiare con apposite misure di prevenzione. Tali misure vanno implementate anche tenendo conto della digitalizzazione dei contratti pubblici introdotta dal nuovo Codice (D.lgs. 36/2023).

Con la digitalizzazione dei contratti pubblici tutte le fasi, dall'origine del fabbisogno alla conclusione del contratto, devono essere gestite all'interno di uno spazio virtuale, la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP). Gli obiettivi principali sono aumentare l'efficienza e la trasparenza, grazie a una maggiore tracciabilità e controllo dei dati tramite una infrastruttura nazionale centralizzata gestita dall'ANAC, la quale interagisce, da un lato, con le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate (PAD) utilizzate dalle stazioni appaltanti ed enti concedenti per gestire il ciclo di vita dei contratti , dall'altro, con le banche dati pubbliche che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti

e agli enti concedenti, soprattutto per i controlli. La BDNCP garantisce anche l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati relativi all'intero ciclo di vita dei contratti, attraverso il collegamento con la sezione "Amministrazione Trasparente" dei siti istituzionali, per garantire massima trasparenza, digitalizzazione e verificabilità, in linea con la normativa sulla trasparenza amministrativa (art. 28 del D.lgs. 36/2023).

Sulla base di questa nuova impostazione, tutti i processi delineati dal nuovo Codice vanno quindi ripensati per identificare nuovi possibili rischi e le connesse misure organizzative.

4.10.2 Utilizzo delle PAD: Possibili rischi e misure di prevenzione

Le Piattaforme di Approvvigionamento Digitale (PAD) certificate sono sistemi informatici che le stazioni appaltanti devono usare per la completa digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici. La certificazione, rilasciata da AgID, garantisce che queste piattaforme rispettino i requisiti legali e tecnici stabiliti dal nuovo Codice degli Appalti.

In particolare, le stazioni appaltanti attraverso le PAD:

- svolgono le attività e i procedimenti amministrativi connessi al ciclo di vita dei contratti pubblici; assolvono agli obblighi in materia di pubblicità legale degli atti;
- assolvono agli obblighi di comunicazione nei confronti dell'ANAC concernenti le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici;
- assolvono agli obblighi in materia di trasparenza di cui al D. Lgs. n. 33/2013;
- garantiscono l'accesso agli atti relativi alle procedure di affidamento;
- utilizzano il FVOE (Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico) per il controllo del possesso dei requisiti di ordine generale e speciale.

Di seguito una tabella che sintetizza i possibili eventi rischiosi connessi al non corretto utilizzo delle PAD e le relative misure di prevenzione.

Tab.102 Non corretto utilizzo PAD

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure di prevenzione
Artt-19-36 del D.lgs. n.36/2023	Mancata gestione di fasi del ciclo vita del contratto attraverso la PAD, ad esempio, per la fase di esecuzione, modifiche contrattuali e richiesta/autorizzazione di subappalto.	Adozione di un modello organizzativo che preveda: a) il monitoraggio e la verifica dei processi decisionali legati alla digitalizzazione e introduzione di soluzioni per superare eventuali rallentamenti nei processi decisionali interni, anche con il supporto del Responsabile della Transizione Digitale (RTD); b) una specifica formazione ai propri dipendenti che utilizzano le PAD a partire dal RUP e dai responsabili di fase.
	Mancato rispetto degli obblighi di pubblicità legale e trasparenza. Ad esempio, ritardo nell'invio dei dati o invio di dati carenti, incompleti o erranei.	
	Verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e, ove previsti, di ordine speciale al di fuori del FVOE.	
	Mancata compiuta digitalizzazione dei processi.	

Fonte: PNA 2025

4.10.3 Utilizzo del FVOE: possibili rischi e misure di prevenzione

Il Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE) è una delle sezioni componenti la BDNCP al quale il Responsabile Unico di Progetto (RUP) o un suo delegato (purché appartenente al personale della stazione appaltante) accedono al fine di acquisire la documentazione comprovante il possesso dei requisiti generali e speciali di partecipazione degli operatori economici che hanno presentato offerta in una determinata procedura di affidamento.

Tale strumento di verifica è obbligatorio per tutti gli affidamenti di importo pari o superiore a 40.000 euro, indipendentemente dalla tipologia di procedura utilizzata (aperta, ristretta, affidamento diretto, etc.), mentre è facoltativo per le procedure sotto tale soglia, per le quali i documenti potranno essere acquisiti direttamente presso gli enti certificanti.

Attraverso il FVOE i soggetti legittimati ad accedervi potranno, quindi, acquisire sia i documenti attestanti l'assenza delle cause di esclusione, sia i documenti attestanti il possesso dei requisiti di carattere speciale, ove previsti negli atti di gara (acquisendo, ad esempio, la documentazione atta a comprovare il fatturato globale della società "Beta S.r.l." per il servizio "X").

Non sempre tutti i documenti per la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale e speciale (ove previsti) sono presenti nel fascicolo, in particolare, nel momento in cui il RUP accede al FVOE, possono verificarsi le circostanze illustrate nella tabella seguente:

Tab. 103 Scenari accesso FVOE

Ipotesi	Indicazioni
Tutti i documenti per la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale e speciale (ove previsti) sono presenti nel fascicolo e sono in corso di validità	La stazione appaltante può disporre l'aggiudicazione in favore dell'operatore economico aggiudicatario che sia in possesso dei requisiti prescritti.
Non tutti i documenti per la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale e speciale (ove previsti) presenti nel fascicolo sono in corso di validità.	Il RUP dovrà interrogare nuovamente il sistema e ottenere il rilascio del documento in corso di validità. I tempi di rilascio del singolo documento sono indicati nella tabella allegata al Comunicato del Presidente ANAC del 16 aprile 2025
Non tutti i documenti per la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale e speciale (ove previsti) sono presenti nel fascicolo: c1) certificazioni, teoricamente disponibili nel termine di trenta giorni, che non sono presenti nel fascicolo per malfunzionamento dello stesso o delle piattaforme/banche dati ad esso interconnesse.	La stazione appaltante è autorizzata a disporre comunque l'aggiudicazione, decorsi 30 giorni dalla relativa proposta, previa acquisizione di un'autocertificazione dell'offerente attestante il possesso dei requisiti e l'assenza delle cause di esclusione e fermo restando l'obbligo di concludere le verifiche entro un congruo termine.
Non tutti i documenti per la verifica del possesso dei requisiti di carattere generale e speciale (ove previsti) sono presenti nel fascicolo: c2) certificazioni impossibili da acquisire tramite il FVOE in quanto non prodotte o non centralizzate presso una banca dati, o perché la relativa banca dati, seppure esistente, non è stata resa disponibile da parte dell'Ente certificatore.	Il RUP deve attivarsi richiedendo direttamente agli Enti la certificazione a comprova. Decorsi inutilmente 30 giorni dalla richiesta, la stazione appaltante può procedere alla stipula del contratto, previa acquisizione dell'ulteriore autocertificazione dell'operatore economico e fermo l'obbligo di concludere in un congruo termine le verifiche sul possesso dei requisiti.

Fonte: PNA 2025

L'assenza nel FVOE di tali documenti può generare una serie di eventi rischiosi cui è possibile far fronte con le misure descritte nella tabella seguente.

Tab. 104 Errore nel funzionamento FVOE

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure di prevenzione
Artt. 24, 35, co. 5-bis e 99 del d.lgs. n. 36/2023	Ritardi nella verifica dei requisiti e, quindi, nell'aggiudicazione	1.Adozione di un modello organizzativo volto a consentire ai RUP e/o loro delegati di adempiere con opportuna celerità alle verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale, sia nei confronti dell'aggiudicatario che degli altri soggetti coinvolti nella filiera del contratto (ad es. subappaltatori) e ciò anche nel caso di impossibilità di acquisizione del dato. 2.Verifica nell'ambito della struttura organizzativa in merito all'effettiva indisponibilità dei dati nel FVOE che legittima il ricorso all'autocertificazione.
	Abuso del ricorso all'autocertificazione.	
	Elusione delle verifiche sul possesso dei requisiti di soggetti diversi dall'aggiudicatario quali i subappaltatori.	

Fonte: PNA 2025

4.10.4 Il conflitto di interessi nei contratti pubblici

Anche nel PNA 2025, l'ANAC riserva particolare attenzione al conflitto di interessi nell'ambito dei contratti pubblici, tenendo conto delle modifiche che l'art. 16 del D.lgs. n. 36/2023, ha apportato alle previsioni dell'art. 42 del D.lgs. n. 50/2016.

Il comma 4 dell'art. 16 del D.lgs. 36/2023 stabilisce che le stazioni appaltanti adottano misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse. Ciò nei casi in cui il personale di un'amministrazione aggiudicatrice che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione possa influenzare il risultato di tale procedura in virtù di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale, diretto o indiretto, percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza.

Ogni qual volta si configurino situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Lo stesso art. 16 del D.lgs. n. 36/2023 al co. 3 individua, quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, "l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante" e di "astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione", pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

La disciplina si applica a tutto il personale dipendente, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna.

Tab 105 : Soggetti ai quali si applica l'art.16 del Codice dei contratti pubblici

Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato
Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato
Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore Generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni)
I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori)

I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti)
I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR
I soggetti che compongono organi politici laddove svolgano una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale)
Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici

Tab.106: Contratti pubblici ai quali si applica l'art.16

Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sottosoglia
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra
Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sottosoglia
Contratti pubblici esclusi dal Codice

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

L'obbligo di rendere preventivamente la dichiarazione sui conflitti di interessi (e di aggiornarla tempestivamente) garantisce l'immediata emersione dell'eventuale conflitto e consente all'Amministrazione di assumere tutte le più opportune misure in proposito.

Il modello della autocertificazione deve prevedere:

- Attività professionale e lavorativa pregressa:
 - o Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
 - o Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
 - o Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
 - o Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.
 - o Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rappresentanti

legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

- Interessi finanziari:
 - Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private.
- Rapporti e relazioni personali:
 - Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.
 - Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale.
 - Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura.
- Altro:
 - Circostanze ulteriori a quelle sopraelencate che, secondo un canone di ragionevolezza e buona fede, devono essere conosciute da parte dell'amministrazione in quanto ritenute significative nell'ottica della categoria delle "gravi ragioni di convenienza" di cui all'art. 7 del D.P.R. n. 62/201393.
 - Se e quali delle ipotesi sopra contemplate si siano verificate più di tre anni prima del rilascio della dichiarazione.

In merito al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, il RUP è il soggetto tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione ad una procedura di gara;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di verificare l'attuazione delle misure programmate nel PTPCT e di valutarne l'adequatezza.

In particolare:

- il RPCT è tenuto a prevedere misure di verifica, anche a campione, che le dichiarazioni sul conflitto di interessi rese da parte dei soggetti interessati all'atto dell'assegnazione all'ufficio e nella singola procedura di gara siano state correttamente acquisite dagli uffici competenti (ad es. ufficio del personale o ufficio gare e contratti) della stazione appaltante. Nello svolgimento di tali verifiche il RPCT può rivolgersi al RUP per chiedere informazioni, in quanto quest'ultimo, come sopra evidenziato, effettua una prima valutazione sulle dichiarazioni.
- Il RPCT interviene in caso di segnalazione di eventuale conflitto di interessi anche nelle procedure di gara. In tale ipotesi lo stesso effettua una valutazione di quanto rappresentato nella segnalazione, al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza del conflitto. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura dello stesso RPCT rivolgersi al RUP, agli organi interni o agli enti/istituzioni esterne preposti ai necessari controlli, in una logica di valorizzazione e di

ottimizzazione del sistema di controlli già esistenti nelle amministrazioni. Resta fermo che non spetta al RPCT né accertare responsabilità individuali - qualunque natura esse abbiano - né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'ente o nell'amministrazione;

- Il RPCT potrebbe essere interpellato e offrire un supporto al RUP e ai dirigenti competenti di riferimento allo scopo di valutare la sussistenza in concreto di eventuali situazioni di conflitto di interessi che dovessero insorgere nelle diverse fasi di affidamento ed esecuzione del contratto.

Il RPCT e il RUP si raccordano per garantire che il RPCT sia adeguatamente e costantemente messo a conoscenza di eventuali scostamenti dall'attività programmata. Lo scambio di informazioni tra RUP e RPCT è infatti importante per consentire a quest'ultimo di attivare le procedure di verifica ex post dell'idoneità delle misure previste nei Piani (PTPCT o sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO). I rapporti tra le due figure si svolgono su di un piano di reciproco coinvolgimento e collaborazione. Nell'esercizio dei propri poteri l'Autorità può rivolgersi al RUP o al RPCT in relazione alle specifiche situazioni che di volta in volta vengono in rilievo.

La nuova previsione normativa suggerisce, tuttavia, ulteriori misure organizzative per prevenire il rischio di conflitto di interessi, come indicato nella tabella seguente.

Tab107.Conflitto di interessi

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Art. 16, co. 2, d.lgs. n. 36 del 2023 Articolo 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35 Dir. UE 23/2014	Mancata conoscenza delle circostanze che possono integrare un'ipotesi di conflitto di interessi rilevante ai fini dell'astensione. Alterazione del processo decisionale secondo logiche non di interesse pubblico.	Obbligo, in capo ad ogni dipendente o soggetto comunque incaricato, di comunicare al proprio dirigente, con modulistica e/o con canale standardizzato, le situazioni di potenziale conflitto di interesse soggettivo o oggettivo che vengano in evidenza in quanto sopravvenute o divenute rilevanti in relazione ad attività specifiche assegnate. In caso di dirigente la comunicazione è fatta al segretario o direttore generale, unitamente al RPCT. Ad esempio, potrebbe essere rilevante comunicare il mutamento della composizione del proprio nucleo familiare o affettivo qualora i nuovi ingressi possano avere significative interazioni con l'amministrazione o il settore di appartenenza del dichiarante, o quando lo stesso si dedichi a nuove attività imprenditoriali o commerciali. Potrebbero essere altresì rilevanti circostanze per le quali il dichiarante abbia cointeressenze significative con operatori economici che potrebbero essere interessati a partecipare ad una procedura dallo stesso istruita. Potrebbero anche rilevare rapporti meno strutturati ma comunque significativi con soggetti che siano effettivi candidati o competitor o istanti in procedure gestite dal soggetto interessato, o ancor di più siano aggiudicatari delle stesse.
Art. 16, co. 2, d.lgs. n. 36 del 2023 Articolo 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35 Dir. UE 23/2014	Impossibilità o difficoltà, per mancanza di risorse idonee, a sostituire nella sua attività il soggetto che versa in una situazione di conflitto di interesse.	Si prevedono misure alternative idonee a mitigare il rischio presunto, come: cogestione procedimentale, riduzione dell'ambito discrezionale solitamente ammesso, di tracciamento rafforzato delle attività svolte mediante redazione di processo verbale. Ad esempio, in caso di affidamento diretto a un determinato operatore economico in potenziale conflitto di interesse con il RUP, sostituire lo stesso, o effettuare una procedura comparativa tra più operatori anche se non necessaria tracciandola, nominare un responsabile della fase di esecuzione diverso dal RUP anche se non vi è obbligo di legge.
Art. 16, co. 2, d.lgs. n. 36 del 2023 Articolo 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35	Mancata denuncia, da parte di chi ne sia a conoscenza, di circostanze che rilevano ai fini della sussistenza del conflitto di interessi in capo a colui che interviene con	Precisazione nell'avviso/atto indittivo della procedura delle modalità con cui segnalare (ad es. via e-mail), da parte di terzi al RPCT, potenziali conflitti di interesse in capo a colui che interviene con compiti funzionali nella procedura, consentendo così al RPCT di richiedergli spiegazioni e darne evidenza al Responsabile, Dirigente, Direttore o Segretario in caso di effettiva e comprovata rilevanza.

Dir. UE 23/2014	compiti funzionali nella procedura.	

Fonte: PNA 2025

4.10.5 Il RUP

L'art. 15 del nuovo Codice dei contratti pubblici ha apportato modifiche anche alla figura del RUP, che da Responsabile Unico di Procedimento ex. art. 31 del D.lgs. 50/2016 diventa Responsabile Unico di Progetto. Il ruolo di RUP è ora assimilabile a quello di un *project manager*.

Il RUP deve essere individuato dall'Ente concedente *"nel primo atto di avvio dell'intervento pubblico"* (art.15, co. 1):

- il nominativo va indicato nel bando, nell'avviso di indizione della gara, oppure nell'invito a presentare offerta o provvedimento di affidamento diretto;
- può essere un dipendente assunto anche a tempo determinato;
- non è obbligatorio che sia in possesso di una qualifica dirigenziale;
- il dipendente nominato non può rifiutare l'ufficio di RUP.

La funzione primaria del Responsabile Unico di Progetto è quella di **assicurare "il completamento dell'intervento pubblico"** nei termini previsti e nel rispetto degli obiettivi connessi al suo incarico", in attuazione del principio del risultato di cui all'art. 1, rispettando le tempistiche preventivate, il livello di qualità richiesto e la manutenzione programmata, oltre a vigilare sul rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.

Su questa figura ricade quindi la responsabilità di **dirigere e coordinare le 4 fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione per ogni procedura soggetta al Codice**, ferma restando la possibilità di avvalersi di una struttura di supporto e di Responsabili di procedimento a cui delegare specifici compiti operativi per ciascuna fase. Riguardo ai requisiti richiesti per tale figura, In linea generale, il RUP deve essere in possesso di competenze professionali adeguate al processo realizzativo dell'appalto di lavori, servizi o forniture di cui è incaricato, e deve tenere aggiornata con costanza la propria formazione.

Con l'allegato I.2, il Codice introduce tuttavia la possibilità di designare un RUP privo delle prerogative richieste: in questo caso la Stazione Appaltante provvederà ad affiancare al Responsabile una struttura di supporto che compensi i requisiti carenti.

Requisiti specifici per i contratti di lavoro:

- esperienza di almeno 1 anno per i contratti di importo inferiore a 1.000.000 di euro;
- esperienza di almeno 3 anni per i contratti di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro e inferiore alla soglia UE (specificata all'art. 14);
- esperienza di almeno 5 anni per i contratti di importo pari o superiore alla soglia UE.

Requisiti specifici per i contratti di servizi e forniture:

- esperienza di almeno un anno per gli importi inferiori alla soglia UE;
- esperienza di almeno 3 anni per gli importi pari o superiori alla soglia UE.

Per le procedure di affidamento di particolare complessità, la Stazione Appaltante può richiedere ulteriori requisiti al RUP, come ad esempio il possesso di un titolo di laurea magistrale.

Il comma 4 dell'art. 15 prevede la possibilità di nominare responsabili di procedimento per ognuna delle fasi dell'appalto, creando un vero e proprio modello organizzativo ad hoc sotto diretta responsabilità del RUP.

4.10.6 Programmazione degli acquisti centralizzati, aggregati e delegati

La programmazione degli acquisti, soprattutto quelli da realizzare mediante il ricorso a centrali di committenza, soggetti aggregatori e stazioni appaltanti qualificate disponibili ad effettuare la committenza per amministrazioni terze, rappresenta una fase essenziale nell'affidamento degli appalti pubblici, che condiziona il corretto espletamento delle successive fasi di progettazione, affidamento ed esecuzione.

La corretta pianificazione e programmazione delle attività di soggetti che operano per conto di altre amministrazioni rappresenta un requisito essenziale per il corretto funzionamento del sistema. Solo attraverso una pianificazione strategica e strutturata è infatti possibile garantire che le attività di committenza per conto terzi vengano svolte secondo i parametri di tempestività, professionalità ed efficienza su cui si fonda la nuova strategia di committenza pubblica.

Nello svolgimento delle attività di pianificazione e di programmazione delle centrali di committenza e dei soggetti aggregatori, per fronteggiare i possibili rischi individuati è opportuno ricorrere ad alcune misure preventive, come riportato nella tabella seguente.

Tab.108 .Programmazione degli acquisti centralizzati e aggregati

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure

Normativa nazionale e regionale di riferimento in materia di programmazione operativa degli acquisti centralizzati e aggregati: centrali di committenza regionali (art. 1, co. 158 e 159 l. n. 266/2005), soggetti aggregatori (art. 9 d.l. n. 66 del 2014), Stazioni Uniche Appaltanti (art. 13 l. n. 136 del 2010), SUA di area vasta (art. 1, co. 44 e 88, l. n. 56 del 2014). Art. 63, co. 6-bis, Codice: Le stazioni appaltanti qualificate che svolgono attività di committenza per altre stazioni appaltanti e le centrali di committenza qualificate programmano la loro attività nel rispetto del principio di leale collaborazione.	1.Mancata o inadeguata ponderazione nella pianificazione delle attività dei reali fabbisogni delle stazioni appaltanti e degli enti concedenti (esigenze, scadenze contrattuali, ripartizione territoriale, tipologia di amministrazioni, ecc.). 2.Mancate/inadeguate analisi di mercato che consentano di individuare correttamente il prodotto da acquisire nella predisposizione della pianificazione, con conseguente eccessiva delega al mercato nell'individuazione delle soluzioni tecniche da porre successivamente a base di gara. 3.Pianificazione con modalità e tempistiche non adeguate a consentire la tempestiva adozione degli strumenti di programmazione. 4.Mancata o intempestiva pubblicazione e diffusione delle iniziative programmate. 5.Ritardi od omissioni nell'avvio delle procedure di gara. 6.Indizione di procedure di gara autonome da parte delle stazioni appaltanti o ricorso a contratti ponte. 7.Ricorso a proroghe tecniche in attesa di indizione delle procedure centralizzate. 8.Plafond delle convenzioni/accordi quadro insufficienti quantitativamente o inadeguati qualitativamente.	Adozione da parte delle centrali di committenza e dei soggetti aggregatori di direttive interne in base alle quali si preveda: -al fine della corretta pianificazione delle iniziative, lo svolgimento di un'attività preventiva e strutturata di acquisizione dei fabbisogni che sia tempestiva ed esaustiva e che contempli anche la necessità di far fronte a richieste connotate da urgenza; - adeguata dotazione organica debitamente qualificata e aggiornata al fine della corretta individuazione dei fabbisogni qualitativi delle stazioni appaltanti rispetto alle esigenze manifestate; -tempestiva pubblicazione delle iniziative programmate e l'organizzazione di attività volte a favorirne la conoscenza da parte delle stazioni appaltanti; - organizzazione e svolgimento di adeguati interventi di ausilio rivolti alle stazioni appaltanti interessate e finalizzati a consentire la corretta stima dei fabbisogni, anche predisponendo schemi e modelli tipo; -utilizzo di strumenti e metodi di monitoraggio dei consumi e di rilevazione dei costi finalizzati ad acquisire informazioni storiche da utilizzare per la successiva programmazione; -indicazione, nelle convenzioni con le stazioni appaltanti, di termini certi e adeguati alla comunicazione dei fabbisogni e dei relativi aggiornamenti; -corretta omogeneizzazione e aggregazione dei fabbisogni di spesa e successiva definizione degli standard di spesa e del piano degli acquisti, anche in base ai dati storici disponibili.
Art. 3, co. 1, e 6, co. 1, allegato I.5. Per l'adozione del programma triennale dei lavori, beni e servizi e relativi elenchi annuali e aggiornamenti annuali, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti consultano, le pianificazioni delle attività delle centrali di committenza e dei soggetti aggregatori.	1.Predisposizione dei programmi triennali dei lavori e dei beni e servizi e degli elenchi annuali senza tener conto della pianificazione delle attività delle centrali di committenza. 2.Ritardi od omissioni nell'avvio delle procedure di affidamento. 3.Ricorso a procedure autonome o a contratti ponte, in attesa della gara centralizzata. 4.Ricorso a proroghe tecniche.	Adozione da parte delle SSAA di direttive interne che richiedano la predisposizione dei programmi triennali e degli elenchi annuali tenendo conto delle attività pianificate dalle centrali di committenza e dando conto di aver preventivamente consultato le iniziative pianificate.
Art. 8, co. 1, allegato I.5 Negli elenchi annuali degli acquisti di beni e servizi e negli elenchi annuali dei lavori, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti indicano per ciascun lavoro o acquisto l'obbligo, qualora sussistente, ovvero l'intenzione di ricorrere a una centrale di committenza o a un soggetto aggregatore o ad altra stazione appaltante qualificata ai sensi del co. 6, art. 63, o individuata mediante altra forma di delega per l'espletamento della procedura di affidamento; a tal fine essi consultano, ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, co. 1, e dall'art. 6, co. 1, secondo periodo, la pianificazione dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza e ne acquisiscono il preventivo assenso o ne	1.Indicazione, nei piani annuali, della volontà di avvalersi di una centrale di committenza/stazione appaltante qualificata senza acquisire il preventivo assenso o senza verificare preventivamente la capienza dell'iniziativa programmata. 2.Indicazione, nei piani annuali, della volontà di avvalersi di una centrale di committenza/stazione appaltante qualificata senza comunicare la scelta effettuata. 3.Delega di funzioni pubbliche a soggetto privato, non qualificabile come centrale di committenza. 4.Ricorso a soggetti non qualificati per il settore, la fase o l'importo di interesse.	1.In caso di delega della funzione di committenza, oltre alla individuazione da parte delle SSAA, nel documento di programmazione, della stazione appaltante o centrale di committenza cui delegare lo svolgimento della procedura, che è condizione necessaria ai fini dell'eventuale proposizione dell'istanza di assegnazione di ufficio di cui all'articolo 62 comma 10, richiesta preventiva della disponibilità con stipula della convenzione relativa a tempi e costi. 2.Adozione di direttive interne che richiamino l'attenzione delle SSAA sulla necessità di: -scegliere la centrale di committenza/soggetto aggregatore/stazione appaltante qualificata di cui avvalersi nell'ambito di soggetti pubblici o società in house, anche richiamando l'esigenza di evitare di alimentare logiche economico-commerciali volte al profitto;

verificano la capienza per il soddisfacimento del proprio fabbisogno.	5.Previsione di compensi in favore delle centrali di committenza o delle stazioni appaltanti qualificate che eccedano il mero rimborso dei costi operativi. 6.Plafond insufficienti. 7.Ritardi od omissioni nell'avvio delle procedure di affidamento. 8.Ricorso a procedure autonome o a contratti ponte. 9.Ricorso a proroghe tecniche.	-delegare le funzioni di committenza a soggetti qualificati per la fase e l'importo di interesse; -comunicare tempestivamente alla centrale di committenza/soggetto aggregatore/stazione appaltante qualificata, l'intenzione di aderire all'iniziativa programmata; -evitare frazionamenti degli interventi da delegare.

Fonte: PNA 2025

4.10.7 Appalti su delega di stazioni appaltanti non qualificate

I soggetti, non qualificati o non qualificati in ragione del livello richiesto dal valore dell'affidamento, devono ricorrere agli strumenti messi a disposizione da altre stazioni appaltanti qualificate che assumono la responsabilità dell'intera fase, adottando gli atti e i provvedimenti necessari inerenti allo svolgimento dell'intera procedura.

Le centrali di committenza e le stazioni appaltanti qualificate, che svolgono attività di committenza ausiliarie per conto di altri enti, devono nominare un RUP, il quale cura i necessari raccordi con la stazione appaltante beneficiaria dell'intervento, così da garantire la gestione della procedura d'appalto in nome e per conto delle stazioni appaltanti non qualificate.

Nelle procedure di gara gestite su delega di stazioni appaltanti non qualificate, in particolare, potrebbero verificarsi due ipotesi che potrebbero generare alcune criticità operative, come descritto nella seguente tabella:

Tab.109 Potenziali criticità applicative negli appalti su delega

Ipotesi	Conseguenze
La SA qualificata svolge solo alcune attività minori.	Gli atti di gara sono adottati formalmente dall'ente non qualificato. Su quest'ultimo ricade, quindi, la connessa responsabilità. Ad es. la commissione giudicatrice è stata nominata dall'ente non qualificato, oppure il provvedimento di aggiudicazione e lo svolgimento delle connesse verifiche sul possesso dei requisiti di partecipazione sono state svolte dall'ente non qualificato.
La SA qualificata nomina il Responsabile di Fase (RFA) ma non anche il RUP.	- L'ente non qualificato svolge esso stesso la procedura di gara, pur essendo sprovvisto della qualificazione richiesta ai sensi dell'art. 62 del d.lgs. n. 36/2023. - L'ente qualificato è, di fatto, sottoposto al coordinamento e controllo di un soggetto incardinato in un ente non qualificato, sovvertendo uno dei principi ispiratori della riforma del Codice del 202330. - La procedura di gara è gestita da parte di un soggetto non attrezzato per le procedure più complesse. - Alto rischio di fallimento della procedura di gara, di contenzioso ovvero di selezione di un aggiudicatario non adeguato alle esigenze approvvigionative attese dall'ente beneficiario.

Fonte: PNA 2025

Rispetto a tali ipotesi, si illustrano in tabella i possibili eventi rischiosi e le relative misure di prevenzione:

Tab. 110.Appalti su delega

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Art. 62, co. 6, 9, 12, 13, del d.lgs. n. 36/2023 Art. 63, co. 3, del d.lgs. n. 36/2023 Art. 2, co. 1, 3 co. 3 e 5 co. 3, Allegato II.4, del d.lgs. n. 36/2023 Art. 15, co. 9, del d.lgs. n. 36/2023 Art. 9 All. I.2, del d.lgs. n. 36/2023	Elusione del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti: - svolgimento della fase (di selezione o di esecuzione contrattuale) da parte di soggetto non adeguatamente qualificato; - erronea o cattiva gestione delle procedure più complesse.	1. Inserimento, nell'accordo/convenzione tra ente delegante-non qualificato ed ente delegato-qualificato, siglato ai sensi dell'art. 62, co. 9, d.lgs. n. 36/2023, di clausole volte a chiarire puntualmente le reciproche competenze e lo svolgimento delle fasi essenziali da parte dell'ente delegato-qualificato. 2. Monitoraggio e controllo in ordine all'effettivo rispetto della normativa di riferimento e dei conseguenziali accordi tra enti.

Fonte: PNA 2025

4.10.8 Affidamento

I principali eventi rischiosi a cui è esposta la fase di scelta del contraente sono i seguenti:

- messa in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- frazionamento, oppure alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- frazionamento, oppure alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto, in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;
- mancata attuazione della rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure negoziate;
- per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara;
- manipolazione, da parte di vari attori coinvolti, delle disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara. Possono rientrare in tale alveo, ad esempio, azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara;
- applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito;
- nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo;
- assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante;
- immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando;
- mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità).

4.10.9 Patto di integrità

Il settore dei “contratti pubblici” è uno dei maggiormente esposti alle ingerenze ed alle pressioni della criminalità comune ed organizzata, da sempre fortemente collegate a fenomeni corruttivi e di cattiva gestione della cosa pubblica; risulta indispensabile, pertanto, che gli attori operanti in tale settore si impegnino ad un comportamento leale, corretto e trasparente.

Ancor prima che alla corretta esecuzione del contratto pubblico, è opportuno indirizzare le condotte delle parti coinvolte ai valori di reciproca lealtà e correttezza.

E' pertanto essenziale che all'attività prevista ed operante su di un piano normativo derivante dalla L. n.190/2012, si affianchi una capillare azione di prevenzione in via amministrativa, facente leva su strumenti di carattere pattizio volti a responsabilizzare gli operatori economici ed i dipendenti pubblici, nonché a rafforzare gli impegni alla legalità, correttezza e trasparenza mediante strumenti di salvaguardia ad effetti sanzionatori, destinati a trovare applicazione nelle ipotesi di violazione degli obblighi assunti dai contraenti. L'applicazione dei patti di integrità negli affidamenti richiede agli operatori economici la sottoscrizione di un documento che contiene una serie di obblighi, subordinando la partecipazione alle singole procedure di affidamento dei contratti al possesso di requisiti etico-legali, quali il rispetto dei principi di leale concorrenza, trasparenza e pari opportunità. Alla violazione di tale misura consegue l'esclusione, in fase di partecipazione alla gara, nel caso di mancata sottoscrizione/accettazione del patto, ovvero, in caso di avvenuta aggiudicazione, la revoca della stessa con applicazione delle misure accessorie.

A seguito dell'approvazione, con Delibera n. 205 del 29 gennaio 2025, della sezione Rischi corruttivi del PIAO 2025-2027, il RPCT dell'Azienda, in collaborazione con il Direttore del Servizio Provveditorato e la Responsabile dell'Ufficio Gare Aziendali, in considerazione delle intervenute modifiche legislative in materia di contratti pubblici, ha elaborato il nuovo Patto di Integrità che costituisce presupposto necessario per la partecipazione alle singole procedure di affidamento dei contratti pubblici.

PATTO DI INTEGRITÀ

relativo a

(specificare la procedura.....)

tra

L' ASL Caserta, codice fiscale/P.Iva 03519500619, Sede Legale Via Unità Italiana, 28 – 81100
Caserta

e

la Società _____ (di
seguito anche operatore economico), con sede legale in _____,
via _____
codice fiscale/P.IVA _____,
rappresentata da _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
in qualità di _____

VISTO:

- La legge 6 novembre 2012 n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, in particolare il comma 17 dell’art. 1, il quale prevede espressamente la possibilità di introdurre negli avvisi, bandi di gara e lettere di invito, clausole di rispetto della legalità, la cui inosservanza può essere sanzionata con l’esclusione dalla gara;
- il Decreto Legislativo n. 36/2023 “Codice dei contratti pubblici” e ss.mm.ii.;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 con il quale è stato emanato il “Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici”;
- Il Codice di comportamento dei Dipendenti della ASL Caserta approvato con Delibera n. 98 del 22 gennaio 2024;
- la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 con la quale l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- il P.I.A.O. Aziendale

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1 – Oggetto

Il presente Patto si applica alla procedura di gara volta all'affidamento del e rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dello svolgimento della procedura stessa.

Questo Patto d'Integrità stabilisce la reciproca, formale obbligazione della ASL Caserta e degli operatori economici concorrenti a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno a rispettare i principi stabiliti nel nuovo codice dei contratti pubblici (D.lgs.36/2023) ed a contrastare pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito della procedura in oggetto.

A presidio di tali principi è posta una serie puntuale di obblighi, il cui inadempimento comporta l'irrogazione di provvedimenti sanzionatori, come previsti e disciplinati dall'art. 4 del presente Patto.

Il personale, i collaboratori e gli eventuali consulenti della ASL Caserta e dell'operatore economico impiegati ad ogni livello nel procedimento di gara e nell'esecuzione del contratto, sono consapevoli del presente Patto d'Integrità, degli obblighi in esso contenuti, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto dello stesso. Le parti vigilano affinché gli impegni sottoindicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati.

Articolo 2 - Obblighi dell'operatore economico nei confronti della Stazione Appaltante

Il presente Patto d'integrità stabilisce la formale obbligazione dell'operatore economico che, ai fini della partecipazione alla gara in oggetto, si impegna:

- a rispettare tutte le previsioni contenute nel Capitolato e nel Disciplinare di gara e i relativi allegati;
- a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'affidamento del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione
- segnalare alla Stazione Appaltante e alla Pubblica Autorità competente qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di terzi, e a non ricorrere ad alcuna mediazione di qualunque tipo finalizzata all'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- a non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'affidamento del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione;
- ad assicurare di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordata e non si accorderà con altri partecipanti alla gara;
- a dichiarare in fase di presentazione dell'offerta, ai fini della corretta applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., l'insussistenza di rapporti di lavoro autonomo e/o subordinato, nei casi ivi indicati, con ex dipendenti della ASL Caserta, nonché l'impegno a non costituire rapporti di lavoro nei medesimi casi per tutta la durata del contratto e sino alla concorrenza di anni tre dalla cessazione dal servizio dei suddetti dipendenti;

- ad informare puntualmente tutto il personale, di cui si avvale, del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti;
- a vigilare affinché gli impegni sopra indicati siano osservati da tutti i collaboratori e dipendenti nell'esercizio dei compiti loro assegnati;
- a segnalare situazioni di conflitto di interesse, di cui sia a conoscenza, rispetto al personale dell'ASL Caserta;

L'operatore economico prende atto e accetta che la violazione di tutti gli impegni assunti con il presente Patto di Integrità comporta l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4.

Nelle fasi successive all'aggiudicazione i predetti obblighi si intendono riferiti all'aggiudicatario o all'eventuale subentrante nel contratto, il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche dai propri subcontraenti. A tal fine, la clausola che prevede il rispetto degli obblighi di cui al presente Patto dovrà essere inserita nei contratti stipulati dall'aggiudicatario con i propri subcontraenti a pena di risoluzione del contratto tra la Stazione Appaltante e l'aggiudicatario.

Articolo 3 – Obblighi della Stazione Appaltante

La ASL di Caserta

- si obbliga a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché le misure di prevenzione della corruzione inserite nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza del P.I.A.O. vigente;
- si impegna a portare a conoscenza del proprio personale e di tutti i soggetti in essa operanti, a qualsiasi titolo coinvolti nella procedura di gara indicata in epigrafe e nelle fasi di vigilanza, controllo e gestione dell'esecuzione del relativo contratto, ove assegnato, del contenuto del presente Patto e degli obblighi in esso contenuti, vigilando sulla loro osservanza;
- attiverà, nel rispetto del principio del contraddittorio, le procedure di legge nei confronti del personale che non conformi il proprio operato ai principi sopra enunciati, alle disposizioni contenute nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti della ASL Caserta adottato con Deliberazione 98 del 22 gennaio 2024.

Articolo 4 - Sanzioni

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della dichiarazione di accettazione del presente patto di integrità, resa secondo le prescrizioni della *lex specialis* di gara, si applica l'articolo 101 (Soccorso istruttorio) del Codice dei contratti di cui al d. lgs. 36 del 2023.

L'Operatore Economico, sin d'ora, accetta che il mancato rispetto degli impegni assunti con il presente Patto di integrità, comunque accertato dalla ASL di Caserta, potrà comportare oltre alla segnalazione agli Organi competenti, l'applicazione, previa contestazione scritta, delle seguenti sanzioni:

- esclusione del concorrente dalla gara ed escussione della cauzione provvisoria a garanzia della serietà dell'offerta, se la violazione è accertata nella fase precedente all'aggiudicazione della procedura;

- revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione se la violazione è accertata nella fase successiva all'aggiudicazione della gara, ma precedente alla stipula del contratto;
- risoluzione del contratto ed escussione della cauzione definitiva a garanzia dell'adempimento del contratto, se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dello stesso.

In ogni caso, l'accertamento di una violazione degli obblighi assunti con il presente Patto di Integrità costituisce legittima causa di esclusione dell'operatore economico dalla partecipazione alle procedure di affidamento di concessioni o di appalti di lavori, forniture e servizi bandite dalla ASL di Caserta per i successivi 3 anni.

Articolo 5 – Efficacia del patto di integrità e Foro competente

Il presente Patto di Integrità dispiega integralmente i suoi effetti fino alla completa esecuzione del contratto.

Il presente Patto dovrà essere richiamato dal contratto quale allegato allo stesso onde formarne parte integrante, sostanziale e pattizia.

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la ASL di Caserta e gli operatori economici concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria del Foro di S. Maria Capua Vetere (CE).

L.C.S.

Luogo e data.....

ASL Caserta

*(Timbro e firma del legale rappresentante o procuratore
autorizzato dell'operatore economico concorrente
o comunque altra persona legittimamente
autorizzata ad impegnare lo stesso)*

Lo schema del Patto di integrità dovrà essere inserito, a cura di ciascuna struttura organizzativa, nella documentazione di ogni procedura di affidamento. La vigilanza della suddetta misura è posta in capo al RPCT, che provvederà al monitoraggio nei termini e con le modalità indicate nella sottostante tabella.

Tab.111.: Applicazione patto d'integrità

Misure	Modalità di attuazione	Responsabilità	Termini temporali
Allegazione del patto d'integrità in ogni gara bandita e in ogni contratto Convenzione stipulati con la Asl Caserta ed acquisizione di un'apposita dichiarazione di accettazione del patto d'integrità	Trasmissione al R.P.C.T. del report di monitoraggio di tutte le procedure di affidamento con l'attestazione dell'avvenuto inserimento nella documentazione del Patto di integrità e dell'acquisizione della Dichiarazione di accettazione del Patto. Il Report dovrà contenere il dato numerico relativo ai bandi nei quali è stata inserita la clausola e dei patti di integrità sottoscritti.	Tutti i Dirigenti Responsabili dei Servizi che procedono ad affidamenti in materia di contratti pubblici	Monitoraggio semestrale 15 giugno 2025 15 dicembre 2025

Fonte: PNA 2025

4.10.10 Fase esecutiva

Nella fase esecutiva dei contratti pubblici, l'attenzione è rivolta soprattutto a garantire la tracciabilità, la qualità e l'affidabilità dei dati relativi all'attuazione delle prestazioni contrattuali, in coerenza con le previsioni normative che, anche a seguito del D.lgs. n. 209/2024, cd Correttivo del nuovo Codice dei Contratti (D.lgs. 36/2023), hanno introdotto strumenti e misure innovative volte a rafforzare i presidi di controllo e a garantire la piena trasparenza amministrativa.

Per prevenire i rischi corruttivi nella fase esecutiva, in particolare, sono previste le seguenti misure organizzative:

- **Digitalizzazione:** La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita del contratto costituisce non soltanto uno strumento di semplificazione tecnico-amministrativa per le SSAA, ma anche un valido strumento di prevenzione della corruzione grazie alla possibilità di effettuare un controllo diffuso e partecipato da parte dei cittadini sull'azione amministrativa attraverso l'obbligo di popolamento tempestivo e completo della BDNCP. Tale sistema, consente altresì alle stazioni appaltanti di monitorare l'andamento delle commesse e individuare tempestivamente le anomalie ricorrenti, consentendo un miglioramento continuo delle performance amministrative.
- **Qualificazione e requisiti dei soggetti preposti ai controlli:** Una maggiore attenzione viene rivolta anche alla qualificazione professionale, all'indipendenza e alla terzietà dei soggetti preposti ai controlli nella fase esecutiva, con speciale riguardo ai collaudatori. Il collaudatore, in particolare, è chiamato a svolgere verifiche tecniche e amministrative anche in corso di esecuzione, con obbligo di operare in posizione di autonomia rispetto ai soggetti coinvolti nella gestione dell'appalto. Le modifiche all'art.116 del Codice, inoltre, hanno introdotto la possibilità di avvalersi di una segreteria tecnico-amministrativa per lavori complessi, evidenziando l'importanza della qualità del controllo tecnico, quale fattore determinante per la piena verifica della funzionalità dell'opera e dell'effettiva realizzazione del risultato.
- **Modifiche contrattuali:** Le varianti in corso d'opera costituiscono uno degli ambiti più esposti al rischio corruttivo. Il legislatore, consapevole di tale criticità, ha previsto che le clausole contrattuali disciplinanti le modifiche siano formulate in maniera chiara, precisa e inequivocabile sin dalla documentazione di gara, al fine di prevenire abusi e garantire la certezza del diritto. La motivazione delle varianti deve essere rigorosa, fondata su fatti oggettivamente

imprevedibili e non riconducibili a carenze progettuali o a intenti elusivi, onde evitare alterazioni dell'equilibrio economico e funzionale dell'appalto. Al riguardo l'ANAC raccomanda l'introduzione di sistemi di controllo interni, anche di secondo livello, per la verifica della coerenza e della congruità delle motivazioni addotte per ciascuna variante, nonché il monitoraggio della loro frequenza e incidenza economica sul contratto originario.

- **Efficacia dei sistemi di controllo:** Il sistema di controllo nella fase esecutiva, per essere efficace, deve essere accompagnato da un rafforzamento delle capacità organizzative e delle competenze interne delle SSAA. A tal fine, la formazione specialistica dei RUP, dei DEC, dei DL e degli altri soggetti coinvolti nella gestione del contratto si configura come misura essenziale per assicurare la qualità dei controlli, la correttezza delle procedure, l'adeguatezza della gestione documentale e l'efficace esercizio dei poteri sanzionatori, tra cui l'applicazione delle penali previste in caso di inadempimento. L'indipendenza e la trasparenza delle attività di verifica devono altresì essere presidiate da audit interni, controlli a campione, verbalizzazioni puntuali con utilizzo di checklist strutturate, al fine di scongiurare fenomeni di collusione o compiacenza e garantire un controllo effettivo, continuo e misurabile.

Tab.112 Esecuzione: Servizi e forniture

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	1.Mancata/insufficiente regolamentazione dei controlli nella lex specialis e nel contratto. 2.La mancata previsione di clausole specifiche e dettagliate procedure nei documenti di gara relative ai controlli può determinare un'interpretazione discrezionale delle modalità di controllo, favorendo pratiche opache la possibilità di favoritismi o collusioni tra soggetti preposti al controllo e appaltatore.	1.Inserimento nei documenti di gara di specifiche procedure di controllo, con indicazione di tempistiche, modalità operative e criteri di verifica. 2.Assegnazione chiara di ruoli e funzioni dei soggetti preposti ai controlli, per evitare ambiguità, sovrapposizioni o omissioni. 3.Inserimento, all'interno dei capitolati speciali, di criteri di valutazione della qualità delle prestazioni mediante l'utilizzo di parametri chiari, specifici e verificabili, al fine di garantire l'accuratezza della prestazione.
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	1.Assenza di verifiche sistematiche obbligatorie in fase esecutiva. 2.Controlli tardivi o posticipati solo a seguito di segnalazioni. 3.Controlli meramente formali e assenza di verifiche sostanziali. 4.Omesso o scarso controllo dell'esecuzione contrattuale, sovente in risposta a reclami o criticità evidenti, anziché frutto di un monitoraggio continuo e strutturato, con il rischio di agevolare condotte omissive da parte dell'appaltatore, esecuzione parziale o difforme delle prestazioni e dunque di elusione degli obblighi contrattuali senza alcuna conseguenza per l'appaltatore. 5.Condotte collusive tra l'appaltatore ed i soggetti preposti ai controlli, finalizzate a eludere l'accertamento delle difformità.	1.Utilizzo di strumenti digitali per tracciare l'esecuzione del contratto e segnalare le inadempienze in modo automatico. Previsione dell'obbligo di rilascio periodico delle attestazioni di regolare esecuzione, con report dettagliati, per iscritto, sulle verifiche effettuate. 2.Previsione di controlli obbligatori e ispezioni a sorpresa obbligatorie periodiche, con controlli sul posto senza preavviso all'appaltatore (anche esse da verbalizzare). 3.Previsione di check list di controllo che devono rispecchiare lo specifico Capitolato e l'offerta tecnica dell'appaltatore. 4.Attivazione di audit interni e verifiche a campione (da parte di organismi di audit interni).
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	Assenza di una chiara identificazione dei ruoli del personale adibito ai controlli e conseguente definizione del procedimento per l'applicazione delle penali da inadempimento, con il rischio di creare favoritismi oltre che di inadempimenti e ritardi. I soggetti preposti potrebbero omettere l'avvio del procedimento per l'applicazione delle penali in cambio di vantaggi illeciti.	1.Identificazione e definizione esaustiva e dettagliata, nei documenti di gara, delle fattispecie di inadempimento che comportano l'applicazione delle penali. 2.Definizione delle procedure e dei tempi per l'avvio del procedimento per l'applicazione delle penali. 3.Individuazione chiara dei soggetti tenuti ad avviare e concludere il procedimento per l'applicazione delle penali. 4.Monitoraggio da parte di strutture di audit interno della tempestiva applicazione delle penali, con obbligo di rendicontazione periodica.
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2	1.Insufficiente formazione del personale preposto ai controlli. 2.La mancanza di adeguata formazione tecnica e amministrativa per i soggetti incaricati dei controlli può compromettere la loro capacità di individuare anomalie e inadempimenti contrattuali, con rischio di possibilità di manipolazione delle verifiche da	1.Attivazione e/o implementazione di percorsi formativi periodici, specificamente rivolti ai RUP, DEC ed agli ulteriori soggetti coinvolti nelle attività di controllo, con particolare attenzione all'aggiornamento rispetto alle

Allegato II.14	parte degli operatori economici e rischio di favoritismi o tolleranza verso inadempienze.	evoluzioni normative, giurisprudenziali e alle <i>best practice</i> . 2.Adozione di manuali operativi, <i>check list</i> e linee guida interne, strutturati in modo chiaro e sistematico, finalizzati a supportare i soggetti deputati ai controlli.
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	1.Carenza di risorse umane e strumentali per l'effettiva esecuzione dei controlli. 2.L'assenza di personale sufficiente e di strumenti adeguati al monitoraggio può determinare controlli superficiali o ritardati, con possibile favoritismo nei confronti di determinati operatori economici per mancanza di verifiche obiettive e adeguate.	1.Adozione di linee di indirizzo operativo che prevedano l'eventuale rafforzamento delle unità organizzative di appartenenza del RUP e del DEC per il supporto specifico nel caso di appalti complessi. 2.Utilizzo di strumenti digitali per il monitoraggio in tempo reale e la gestione trasparente delle verifiche.
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	Mancata rilevazione delle difformità tra le offerte tecniche migliorative e le prestazioni effettivamente rese (offerte migliorative fittizie, che poi non vengono effettivamente realizzate in fase esecutiva)	1.Redazione di <i>check list</i> tarate sullo specifico appalto per il Monitoraggio dell'effettiva attuazione delle migliorie offerte in sede di gara. 2.Previsione di controlli a campione interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) in merito alla presenza nei contratti di penali specifiche per le difformità riscontrate tra offerta tecnica e prestazione effettivamente resa e alla relativa effettiva applicazione.
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	Verbalizzazione generica e priva di criteri di misurabilità che impediscono un riscontro oggettivo sulle attività di controllo eseguite con il rischio di accordi tra appaltatore e soggetti preposti ai controlli per la manipolazione o omissione delle verifiche.	1.Adozione di modelli uniformi e standardizzati di verbalizzazione delle attività di controllo, comprensivi dell'indicazione delle modalità operative adottate, dei tempi di svolgimento e degli esiti riscontrati. 2.Previsione di schemi tipo di processo verbale da adottare nelle verifiche in contraddittorio con l'appaltatore. 3.Archiviazione digitale dei verbali, con accesso tracciato e consultabile. 4.Verifiche a campione sui verbali redatti, con controlli incrociati da parte della stazione appaltante (tramite organismi di audit interno).
Artt. 120 e 189 d.lgs. n. 36/2023	Uso dell'autorizzazione di modifiche o varianti contrattuali per l'attribuzione, in via esclusiva, di vantaggi economici all'operatore economico aggiudicatario, in assenza di adeguata giustificazione tecnica o di circostanze oggettivamente imprevedibili.	1.Previsione di controlli interni, anche a campione, per la verifica della congruità e completezza delle giustificazioni, addotte dal DL e RUP nelle rispettive relazioni, per le modifiche apportate in corso di esecuzione del contratto. 2.Previsione di controlli a campione interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) sulla numerosità e frequenza ripetuta di varianti, in relazione al medesimo contratto o alla ricorrenza delle medesime imprese.

Fonte: PNA 2025

Tab113 Esecuzione: Lavori

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	Falsa attestazione di avvenuta fine lavori per favorire l'impresa nella non applicazione di penali e certificare il rispetto del termine previsto per la rendicontazione dei finanziamenti con conseguente distrazione di denaro pubblico o malversazione.	1.Previsione di controlli interni, anche a campione, per la verifica del corretto e tempestivo adempimento di trasmissione dei dati informativi sulla conclusione del contratto, alla BDNCP. 2.Adozione di circolari o regolamenti, che raccomandino che la certificazione di fine lavori sia accompagnata da elementi utili a certificarne la veridicità (ad esempio foto, filmati effettuati alla data di fine lavori, dichiarazioni rese dall'appaltatore). 3.Verifiche da parte degli organi interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) che non sia stato superato il termine eventualmente assegnato dal DL nel certificato di ultimazione lavori per il completamento di lavorazioni di piccola entità.

Artt. 15, 114, 115, 116 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato I.2 Allegato II.14	Mancata accettazione dei materiali o accettazione di materiali non conformi alle previsioni di capitolato al fine di favorire l'impresa nel conseguimento di benefici economici legati all'acquisizione di materiali più scadenti di quelli previsti.	1.Previsione di inserimento nel capitolato speciale d'appalto di prelievo di campioni di materiale eccedenti le quantità minime previste dalla legge in modo da consentire ai collaudatori, in ogni momento, di effettuare prove sui materiali posti in opera. 2.Inserimento nei contratti /convenzioni/ lettere di incarico dei collaudatori, di clausole che vincolino i collaudatori ad effettuare un numero minimo di visite di collaudo, adeguatamente temporizzate all'avanzare delle lavorazioni e comunque in occasione degli eventi maggiormente significativi.
Allegato I.2 art. 8 Art. 104 co. 9 del d.lgs. n. 36/2023	Mancata verifica che le prestazioni oggetto di contratto di avvalimento siano svolte direttamente dalle risorse umane e strumentali dell'impresa ausiliaria, al fine di consentire all'impresa appaltatrice di conseguire i benefici economici evitando gli oneri connessi all'utilizzo delle risorse dell'ausiliaria	1.Adozione del badge di cantiere digitalizzato per la verifica informatizzata del personale. 2.Informatizzazione del giornale dei lavori con rilevazione dei mezzi impiegati in cantiere e della riconducibilità degli stessi all'impresa ausiliaria. 3.Verifica da parte dell'ente (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) mediante analisi - almeno a campione - dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge in materia di controlli delle imprese ausiliarie da parte del DL e RUP in materia.
Allegato I.2 art. 8 Art. 104, co. 9 del d.lgs. n. 36/2023	Fraudolenta contabilizzazione di lavori o falsa attestazione di lavori non eseguiti a regola dell'arte al fine di far conseguire all'impresa indebiti vantaggi economici.	Previsione di controlli interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) dell'effettivo utilizzo di strumenti informatizzati per la contabilità dei lavori che prevedano l'adeguato tracciamento informatico delle misure e dei rilievi effettuati in cantiere per la redazione dei SAL.
Allegato I.2 art. 8 Art. 104, co. 9 del d.lgs. n. 36/2023	Nomina di collaudatori non dotati di specifica competenza o non in posizione di terzietà rispetto all'impresa e/o non funzionalmente indipendenti dai soggetti deputati alla gestione dell'appalto (RUP/DL).	1.Previsione di controlli interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) delle dichiarazioni rese dai componenti della Commissione di collaudo. 2.Creazione di modelli standard di dichiarazione di terzietà e incompatibilità. 3.Creazione di un registro dei tecnici interni incaricati di collaudi per verifiche incrociate sulle attività ed incarichi precedentemente svolti dal personale incaricato al fine di valutare la reale indipendenza dai soggetti deputati alla gestione dell'appalto (RUP/DL) ed il rispetto del principio di rotazione.
Art. 43, Allegato I.9	Carente/assente formazione del personale addetto alla gestione del processo digitale dell'esecuzione dell'appalto intenzionalmente preordinata ad affidare incarichi all'esterno mediante accordi collusivi.	Previsione di controlli interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) sull'adeguata predisposizione ed attuazione dei piani di formazione per il personale.
Artt. 120 e 189 del d.lgs. n. 36/2023	1.Uso dell'autorizzazione di modifiche in corso d'opera e/o varianti per l'attribuzione, in via esclusiva, di vantaggi economici all'operatore economico aggiudicatario, in assenza di adeguata giustificazione tecnica o di circostanze oggettivamente imprevedibili. 2.Ricorso a varianti in corso d'opera invocando eventi imprevisi ed imprevedibili per celare errori progettuali con elusione della responsabilità del progettista e verificatore.	1.Previsione di controlli interni, anche a campione, per la verifica della congruità e completezza delle giustificazioni, addotte dal DL e RUP nelle rispettive relazioni, per le modifiche apportate in corso di esecuzione del contratto. 2.Previsione di controlli a campione interni (struttura di audit o RPCT) sulla numerosità e frequenza ripetuta di varianti, in relazione al medesimo contratto o alla ricorrenza delle medesime imprese.

Fonte: PNA 2025

4.10.11 Subappalto

Il nuovo Codice dei contratti pubblici ed il successivo D. Lgs. 209/2024 cd correttivo confermano anche il subappalto quale ambito ad elevato rischio corruttivo. L'art. 119 del Codice, infatti, se da un lato elimina i limiti percentuali al subappalto, dall'altro rafforza gli strumenti di controllo e le condizioni di ammissibilità a tale istituto.

Le principali criticità connesse al subappalto e le misure di mitigazione del rischio previste sono sintetizzate nella tabella seguente:

Tab.114 Subappalto

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Eliminazione dei limiti percentuali al subappalto Art. 119, co. 1 del d.lgs. n. 36/2023	Incremento dei rischi di infiltrazioni criminali correlati al venir meno dei limiti al subappalto, e conseguente eccessiva frammentazione dei contratti con difficoltà di controllo/gestione delle maestranze presenti nella sede di esecuzione dell'appalto.	1.Adozione del badge di cantiere digitalizzato per la verifica informatizzata del personale. 2.Verifica da parte dell'ente (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti) mediante analisi - almeno a campione - dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP riguardo ai subappalti autorizzati e dei sub-contratti comunicati rispetto ad un determinato affidamento.
Possibilità di apporre limiti aggiuntivi al subappalto Artt. 119, co. 2 e 104, co. 11 del d.lgs. n. 36/2023	Mancato controllo da parte del DL/RUP della perdita del requisito del subappaltatore dell'iscrizione nelle White list o nell'anagrafe antimafia (ipotesi in cui la valutazione sul rischio di infiltrazioni criminali non è obbligatoria).	1.Inserimento di clausole che prescrivano l'obbligo del subappaltatore di comunicare tempestivamente la perdita dell'iscrizione alla White list e anagrafe antimafia. 2.Svolgimento di controlli periodici finalizzati ad accertare la persistenza dell'iscrizione, nei casi in cui l'autorizzazione del subappalto sia avvenuta proprio in forza di tale presupposto.
Autorizzazione al subappalto Art. 119, co. 16 del d.lgs. n. 36/2023	1.Mancata qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2.Inerzia dell'Amministrazione nell'ambito della procedura di autorizzazione al subappalto con intenzionale ricorso al silenzio assenso al fine di eludere le verifiche obbligatorie sul subappaltatore con conseguente rischio di infiltrazioni criminali.	1.Misure organizzative mediante adozione di <i>check list</i> per ausiliare DL e RUP nella valutazione dei parametri quantitativi (importi e incidenza manodopera) per la configurabilità del subappalto. 2.Adozione di direttive interne, che prescrivano l'osservanza del termine di 30 giorni (o quello ridotto alla metà) per l'autorizzazione, evitando di incorrere nel silenzio assenso anche utilizzando espresse proroghe. Previsione di un sistema di controlli a campione, da parte di organismi di audit interni, sulle verifiche svolte rispetto ai requisiti e alle dichiarazioni del subappaltatore, anche ove sia integrato il silenzio assenso.
Obbligo dell'applicazione dello stesso CCNL o equivalente Art. 119, co. 12 (modificato dal decreto correttivo)	Accordi collusivi tra gli organi di controllo e l'appaltatore al fine di consentire allo stesso di conseguire un improprio vantaggio economico grazie all'applicazione di un CCNL che non garantisce le stesse tutele assicurate dall'appaltatore ai propri dipendenti.	Rafforzamento dei controlli, mediante: - verifica della presenza nei contratti di subappalto della clausola in base alla quale, il subappaltatore deve riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale; - richiesta (alla stregua di quanto previsto per l'appaltatore) di acquisizione della dichiarazione con la quale il subappaltatore si impegna ad applicare il contratto collettivo nazionale e territoriale indicato nell'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto per tutta la sua durata, ovvero la dichiarazione di equivalenza delle tutele; - verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'assolvimento dei dovuti controlli da parte del DL o del DEC.
Pagamenti dei subappaltatori Art. 119, co. 11 del d.lgs. n. 36/2023	Accordi collusivi tra gli organi di controllo e l'impresa appaltatrice al fine di celare il mancato pagamento dei corrispettivi dovuti al subappaltatore, in modo da consentire all'appaltatore stesso di avere il compenso per l'intero, esponendo, di contro, la stazione appaltante a contenzioso per rivalsa.	1.Inserimento di apposite clausole contrattuali che prevedano l'acquisizione delle fatture quietanzate del subappaltatore prima del pagamento del SAL e che, in caso di mancato adempimento, la stazione appaltante sospenda il successivo pagamento all'appaltatore. 2.Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'assolvimento dei dovuti controlli da parte del DL e del DEC, attraverso sistemi di rilevazione automatizzata

		della avvenuta emissione delle fatture e della presenza di quietanza.
Subappalto a cascata Art. 119, co. 17 (integrato dal decreto correttivo) del d.lgs. n. 36/2023	1. Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. 2. Autorizzazione del subappalto a cascata per prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali.	Diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali che consentano di autorizzare il subappalto a cascata solo se sono state completate le verifiche sul possesso dei requisiti generali e speciali in capo al subappaltatore principale.
Controlli in corso di esecuzione Art. 119, co. 10 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato II.14 art. 1, co. 2 lett. h) e m) Art. 31, co. 2 lett. d) l'impresa	1. Accordi collusivi tra gli organi di controllo della stazione appaltante e l'impresa al fine di celare il mancato possesso o la perdita dei requisiti per l'esecuzione del subappalto, consentendo all'impresa subappaltatrice di proseguire il subappalto al fine di conseguire indebiti vantaggi con rischio di infiltrazioni criminali. 2. Esecuzione del subappalto oltre i limiti quantitativi autorizzati o per attività non comprese nell'autorizzazione.	1. Inserimento di clausole che prescrivano l'obbligo del subappaltatore di comunicare tempestivamente la perdita della qualificazione posseduta. 2. Incremento dei controlli con compilazione, preferibilmente con sistemi digitali, dei libretti delle misure attraverso la registrazione delle misure rilevate direttamente in cantiere dal personale incaricato in contraddittorio, oltre che con l'appaltatore, anche con il subappaltatore, anche mediante confronto tra gli importi pagati dall'appaltatore ai subappaltatori e quote autorizzate.
Prestazioni che non si qualificano come subappalti Art. 119, co. 2 e 3 del d.lgs. n. 36/2023	Accordi collusivi tra gli organi di controllo della stazione appaltante e l'impresa appaltatrice, per consentire la mancata comunicazione dei subcontratti e il conseguente accesso in cantiere di soggetti del tutto sconosciuti alla stazione appaltante, per i quali non sia stato effettuato alcun controllo.	Sottoscrizione di Protocolli di Intesa/Legalità che prevedano l'utilizzo di appositi strumenti di controllo degli accessi in cantiere, quali il badge di cantiere.
Distacco di manodopera in presenza o meno di contratto di rete Art. 30 del d.lgs. del 10 settembre 2003, n. 276	Accordi collusivi tra gli organi di controllo della stazione appaltante e l'impresa appaltatrice, per consentire, mediante la mancata comunicazione del distacco, lo svolgimento di prestazioni da parte di imprese che non sono in possesso dei requisiti necessari o riconducibili ad organizzazioni criminali; al contempo, l'utilizzo di lavoratori in distacco potrebbe consentire all'impresa destinataria di ovviare alla propria mancanza di risorse, eludendo le prescrizioni in tema di requisiti di qualificazione per l'esecuzione dell'appalto	Previsione esplicitata nello schema di contratto, di clausole contrattuali che prevedano, nel caso di utilizzo da parte dell'appaltatore di personale in posizione di distacco, i seguenti adempimenti: - l'utilizzo di personale distaccato per l'esecuzione del subappalto deve essere previamente comunicato alla stazione appaltante. L'appaltatore indica, altresì, l'impresa distaccante, oltre a rendere le dichiarazioni in merito alla sussistenza dei requisiti di legittimità del distacco (es. contratto di rete) e all'avvenuta comunicazione alla Direzione Provinciale del Lavoro; - l'autorizzazione al distacco della manodopera è subordinata alla preventiva acquisizione dell'informazioni antimafia di cui al d.lgs. n. 159/2011 a carico della società distaccante; - la Committente, entro un termine definito dal ricevimento della comunicazione e della documentazione allegata, può negare l'autorizzazione al distacco se in sede di verifica non sussistono i requisiti di cui sopra; - l'impresa subappaltatrice che utilizza personale in distacco rende la dichiarazione sul possesso dei requisiti di qualificazione necessari per l'esecuzione dell'appalto, anche a prescindere dal supporto dell'impresa distaccante.

Tracciabilità Art. 3, della legge 13 agosto 2010, n. 136	1.Elusione dei controlli sul flusso del denaro proveniente dall'appalto, con conseguente possibilità per le imprese di occultare pagamenti illeciti o operazioni fraudolenti attraverso transazioni non tracciate. 2.Rischio di accordi collusivi tra gli organi di controllo della Stazione appaltante per celare l'ingresso nella filiera delle imprese di soggetti legati alla criminalità organizzata.	1.Prevedere nel contratto di appalto l'adozione di sistemi di monitoraggio e di controllo dei movimenti finanziari operati nell'ambito della filiera delle imprese coinvolte nell'esecuzione, al fine di verificare la correttezza degli adempimenti posti in essere in tutti i livelli della filiera, mediante: - inserimento di specifiche clausole contrattuali, che obblighino, ad esempio, l'appaltatore a fornire alla Stazione appaltante le fatture e copia dei bonifici effettuati nei confronti dei subappaltatori dal conto dedicato, riportanti il CIG e, se presente, il CUP relativi all'appalto; - l'acquisizione di dichiarazioni sostitutive, rilasciate, secondo le formalità di legge, da parte degli ulteriori soggetti della filiera attestanti la regolarità dei pagamenti in merito alla tracciabilità, in modo da consentire la verifica della tracciabilità dei pagamenti intercorsi all'interno di tutta la filiera delle imprese; - lo svolgimento di controlli a campione sui flussi finanziari dell'appalto, con la possibilità di richiedere all'appaltatore la documentazione dei pagamenti afferenti ai vari subcontraenti. 2.Verifica da parte dell'ente (struttura di auditing individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'acquisizione, da parte del DL o del DEC, della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti svolti dalle imprese della filiera e dell'assolvimento dei dovuti controlli.

Fonte: PNA 2025

4.10.12 Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

La scelta di ricorrere alla proroga contrattuale deve essere motivata, con esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014), è opportuno prevedere l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

4.10.13 Accordo di collaborazione

Le stazioni appaltanti possono inserire nei documenti di gara lo schema di un accordo di collaborazione plurilaterale con il quale le parti coinvolte in misura significativa nella fase di esecuzione di un contratto (di lavori, servizi o forniture) disciplinano le forme, le modalità e gli obiettivi della reciproca collaborazione.

Nell'accordo le parti definiscono in particolare:

- l'oggetto dell'accordo e gli obiettivi che si intendono raggiungere;
- le attività che si impegnano a porre in essere per raggiungere gli obiettivi prefissati e le relative modalità di verifica;
- i meccanismi da attivare per prevenire e ridurre rischi o risolvere possibili controversie che si possono verificare in corso di esecuzione;
- le responsabilità per l'esecuzione dell'accordo, determinate in ragione delle attività e dei compiti che sono assegnati a ciascuna parte;
- eventuali premialità correlate al raggiungimento degli obiettivi e i meccanismi con cui operano;
- le ipotesi e modalità di scioglimento dell'accordo.

Anche gli accordi di collaborazione possono dar luogo ad eventi rischiosi a fronte dei quali è possibile adottare alcune misure preventive, come riportato in tabella:

Tab.115 Accordo di collaborazione

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Art. 82-bis del d.lgs. n. 36/2023. Allegato II.6 bis del d.lgs. n. 36/2023 con particolare riferimento all'art. 2 e all'art. 3, co. 7 e 8.	1.Previsione di meccanismi premiali che potrebbero astrattamente avvantaggiare un determinato operatore economico in danno di altri anche per successive commesse future o portare ad improprie elargizioni (inserimento in albi/elenchi degli O.E. aderenti all'accordo, previsione di opzioni e premi economici). 2.Previsione di meccanismi premiali che potrebbero portare ad accordi collusivi tra l'appaltatore e i soggetti della committenza pubblica (ad esempio il Direttore dei lavori) al fine di ottenere i benefici delle premialità connessi al raggiungimento degli obiettivi dell'accordo.	1.Previsione nell'accordo, in clausole chiare e precise, delle misure premiali subordinate al raggiungimento di determinati obiettivi oggettivamente rendicontabili. 2.Adozione di un modello organizzativo atto a consentire una precisa rendicontazione dei risultati raggiunti con l'accordo di collaborazione, nonché il monitoraggio degli stessi.

Fonte: PNA 2025

4.10.14 Collegio Consuntivo Tecnico

Il Collegio Consultivo Tecnico (CCT) è stato istituito quale misura preventiva per la gestione delle controversie tecniche. Il D.lgs. 209/2024 ha reso obbligatorio il CCT per i contratti di lavori (compresi quelli realizzati tramite concessione e PPP) superiori alla soglia di rilevanza comunitaria. È, invece, facoltativo negli altri casi. Anche per i componenti del CCT valgono considerazioni analoghe a quelle espresse per i collaudatori con riferimento all'introduzione di misure di prevenzione atte ad assicurare la competenza tecnica dei componenti il CCT e la loro imparzialità. Occorre, pertanto, garantire il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti di nomina e delle incompatibilità specifiche previste dal Codice, del numero massimo di incarichi conferibili e di gestione del conflitto di interessi.

Il correttivo al Codice è intervenuto anche sulla disciplina dei compensi, stabilendo dei limiti ai compensi dei singoli componenti e complessivi per l'intero organo, oltre al rimborso delle spese.

I possibili rischi e le misure di prevenzione da adottare per assicurare l'indipendenza, la professionalità e la trasparenza del CCT sono riassunti nella tabella seguente:

Tab.116 Collegio Consuntivo Tecnico

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Artt. 215 e 216 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato V.2	1.Nomina dei componenti del CCT in violazione dei principi di parità di trattamento, non discriminazione, rotazione e trasparenza. 2.Mancata pubblicazione dei CV dei componenti del CCT. 3.Erogazione dei compensi per i componenti del CCT non conforme ai parametri normativi.	1.Istituzione e pubblicazione di un elenco di professionisti in possesso dei necessari requisiti per la nomina a componenti del CCT, siano essi interni all'Amministrazione che esterni ad essa, permanentemente aperto a nuove iscrizioni. 2.Verifiche da parte del RPCT/struttura di supporto sul corretto assolvimento degli obblighi di trasparenza dei dati riferiti al CCT. 3.Pubblicazione del compenso di ciascun componente del Collegio - o quantomeno il compenso complessivo dello stesso - e delle decisioni assunte, previa anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti.
Artt. 215 e 216 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato V.2	Accordi collusivi tra impresa e organi di controllo della SA finalizzati alla mancata costituzione del CCT allo scopo di eludere l'acquisizione delle determinazioni	1.Previsione di controlli interni tramite apposito sistema gestionale con <i>allert</i> automatici legati al valore dei contratti che segnalino la mancata

	preventive obbligatorie previste nei casi di legge.	costituzione del CCT nei casi e nei termini previsti dalla norma. 2.Previsione di costituzione di CCT anche per appalti di importo prossimo alla soglia comunitaria.
Artt. 16, 215 e 216 del d.lgs. n. 36/2023 Allegato V.2	1.Mancata rilevazione del conflitto di interessi o della insussistenza dei requisiti o delle situazioni di incompatibilità previsti dalla norma rispetto alla nomina dei componenti del CCT, con conseguente possibile non imparzialità delle funzioni svolte. 2.Superamento dei limiti di incarico.	1.Previsione di controlli interni (struttura di audit, RPCT o referenti, in collaborazione con RUP e altri soggetti competenti), delle dichiarazioni rese dai componenti del CCT ai fini della nomina sull'assenza di conflitti di interesse o di situazioni di incompatibilità specifiche. 2.Previsione di verifiche incrociate con gli uffici competenti per accertare l'effettiva assenza di rapporti pregressi o attuali che possano compromettere l'indipendenza del professionista oppure altre ipotesi di decadenza.

Fonte: PNA 2025

4.10.15 Sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti

Il nuovo Codice dei contratti pubblici ha previsto l'attivazione, a partire dal 1° luglio 2023, di un sistema di qualificazione obbligatorio per stazioni appaltanti e centrali di committenza. L'obiettivo principale è assicurare che solo gli enti dotati delle necessarie competenze e di un'organizzazione stabile possano gestire in autonomia procedure complesse, promuovendo così un sistema più efficiente, trasparente e professionale. Tale sistema si applica alle procedure di affidamento di lavori sopra i 500.000 euro e di servizi e forniture che superano le soglie previste per l'affidamento diretto. Presso l'ANAC è disponibile un elenco ufficiale delle stazioni appaltanti e centrali di committenza qualificate, in cui ciascun soggetto è iscritto sulla base dei requisiti previsti dall'allegato II.4 del Codice.

L'assenza di qualificazione impedisce l'ottenimento del CIG per le procedure soggette a qualificazione, rendendo quindi impossibile per la stazione appaltante gestirle. In questi casi, le gare devono essere affidate a soggetti qualificati. Al contrario, le stazioni non qualificate possono operare solo al di sotto delle soglie stabilite. L'iscrizione all'elenco avviene in parte in maniera automatica e in parte sulla base dell'autodichiarazione: le informazioni richieste vengono inserite dai soggetti interessati tramite il servizio Qualificazione delle Stazioni Appaltanti disponibile sul sito internet dell'Autorità, mentre altri dati vengono acquisiti direttamente dalla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP).

A partire dal 1° gennaio 2025, con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 209/2024 (il cosiddetto "Correttivo" al Codice), il sistema si articola in due distinte forme di qualificazione, per la progettazione e l'affidamento e per l'esecuzione.

Possibili eventi rischiosi e misure preventive riguardanti il sistema di qualificazione per le fasi di progettazione e affidamento:

Tab...117...Qualificazione per progettazione e affidamento

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Art. 62, co. 1, e art. 63, co. 2, d.lgs. n. 36/2023 In particolare: per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a 140 mila € e lavori di importo inferiore 500 mila € in relazione ai livelli di	Frazionamento dei contratti o, più in generale, alterazioni ad hoc del valore dei contratti ai fini di aggirare l'obbligo di qualificazione	1.Incentivazione del ricorso alla centralizzazione degli acquisti. 2.Utilizzo di strumenti di business intelligence e di analisi dei dati, sia interni alla stazione appaltante sia esterni (come quelli forniti da ANAC), al fine di monitorare le procedure di gara e di individuare eventuali pattern anomali di frazionamento. Queste analisi permettono di

qualificazione stabiliti dall'art. 63, co. 2, e i criteri stabiliti dall'All. II.4.		segnalare tempestivamente possibili violazioni agli organi competenti per la vigilanza. 3.Organizzazione di corsi di formazione specifici per i funzionari pubblici responsabili delle procedure di gara per accrescere la consapevolezza sui rischi di corruzione e sulle misure da adottare per prevenirli.
Art. 62, co. 1, e art. 63, co. 2, d.lgs. n. 36/2023 In particolare: per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a 140 mila € e lavori di importo inferiore 500 mila € in relazione ai livelli di qualificazione stabiliti dall'art. 63, co. 2, e i criteri stabiliti dall'All. II.4.	Manipolazione delle informazioni relative all'organico della struttura organizzativa stabile (SOS), auto dichiarate dal RASA nell'istanza di qualificazione e che contribuiscono a determinare il punteggio per l'area delle competenze della stazione appaltante o centrale di committenza ai fini dell'ottenimento della qualificazione.	1. Istituzione di un sistema di audit interno periodico finalizzato a verificare la congruità dei dati dichiarati confrontandoli con gli uffici interni detentori di tali informazioni. 2.Adozione di strumenti digitali per la tracciabilità delle modifiche, unitamente a protocolli di validazione incrociata e all'obbligo di fornire documentazione giustificativa, al fine di rilevare tempestivamente eventuali discrepanze o anomalie. 3.Percorsi di formazione continua del personale addetto alla gestione dei dati.

Fonte: PNA 2025

Possibili eventi rischiosi e misure preventive riguardanti il sistema di qualificazione per l'esecuzione delle stazioni appaltanti:

Tab.118 Qualificazione per Esecuzione

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure
Art. 62, co. 1, e art. 63, co. 2, d.lgs. n. 36/2023 In particolare: per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a 140 mila € e lavori di importo inferiore 500 mila € in relazione ai livelli di qualificazione stabiliti dall'art. 63, co. 2, e i criteri stabiliti dall'All. II.4.	1.Frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto al fine di non superare le soglie previste dalla norma così da poter svolgere le procedure di affidamento in autonomia e favorire determinate imprese nell'assegnazione di commesse. 2.False dichiarazioni per ottenere la qualificazione	1.Incentivazione del ricorso alla centralizzazione degli acquisti. 2.Monitoraggio e analisi dei dati mediante l'uso di strumenti di business intelligence e di analisi dei dati, sia interni alla stazione appaltante sia esterni (come quelli forniti da ANAC), che consente di monitorare le procedure di gara e di individuare eventuali pattern anomali di frazionamento. Queste analisi permettono di segnalare tempestivamente possibili violazioni agli organi competenti per la vigilanza. Formazione e sensibilizzazione del personale mediante attivazione di corsi di formazione specifici per i funzionari pubblici responsabili delle procedure di gara per accrescere la consapevolezza sui rischi di corruzione e sulle misure da adottare per prevenirli. 3.Audit interno periodico finalizzato a verificare la congruità dei dati dichiarati e confronto con gli uffici interni detentori di tali informazioni. 4.Adozione di strumenti digitali per la tracciabilità delle modifiche.

Fonte: PNA 2025

4.10.16 Indicatori di monitoraggio per le procedure di gara nell'ASL Caserta

Gli indicatori di monitoraggio previsti nel PTPC e adottati dall'ASL Caserta comuni a tutte le gare sono i seguenti:

- Affidamenti diretti sul Totale degli acquisti (per valore economico);
- Numero di acquisti tramite MEPA su Numero totale di acquisti totali;
- Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatrici;
- Percentuale di gare con un'unica offerta valida;
- Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico);
- Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Gli indicatori di monitoraggio specifici per le gare dell'area tecnica previsti nel PTPC e adottati dall'ASL Caserta sono i seguenti:

- Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo;
- Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando;
- Numero di affidamenti mediante offerta economicamente più vantaggiosa /sul totale degli affidamenti effettuati nello stesso periodo di tempo;
- Numero di affidamenti sottosoglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia;
- Conteggio del numero di procedure attivate in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta;
- Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale;
- Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati;
- Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi;
- Realizzazione di un report periodico da parte dell'ufficio contratti, al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione sulle procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi ed esclusi,
- Durata della procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, etc.) in modo che sia facilmente
- intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara deliberanti, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito;
- Pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito della stazione appaltante;
- Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;
- Predisposizione di sistemi di controlli incrociati, all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione.

Per tutti i servizi /UU00 aziendali deputate alle procedure di gara sono state identificate le procedure con "rischio alto", individuando i fattori abilitati e le relative misure correttive.

Tab. 119

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatori di monitoraggio
Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi	Direttori U.O.C. Farmacie, Provveditorato, CIG, PP.OO, Ufficio Ordini, Distretti, Dipartimenti	- Affidamenti diretti sul Totale degli acquisti (per valore economico); - Acquisti di beni infungibili/esclusivi sul Totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico); - Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul Totale delle richieste pervenute per unità di committenza; - Proroghe e rinnovi sul Totale degli affidamenti (quantità e valore).
Monitoraggio servizi esternalizzati	Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione, Direzione PP.OO, Direzione Distretti, Dipartimenti, Ingegneria Clinica, Servizio Tecnico Manutentivo, Patrimonio, Controllo di Gestione e F.I.	- Affidamenti diretti sul Totale degli acquisti (per valore economico); - Affidamenti tramite MEPA su Affidamenti complessivi (quantità e valore); - Proroghe e rinnovi sul Totale degli affidamenti (quantità e valore); - N. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/Fornitura per anno; - Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie; - N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/Indagini MEPA complessive; - Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia sul Totale degli affidamenti sotto soglia; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida; - Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale.
Monitoraggio Acquisto Materiale Economale	Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG, PP.OO, Distretti, Dipartimenti	- Affidamenti diretti sul Totale degli acquisti (per valore economico); - Proroghe e rinnovi sul Totale degli affidamenti (quantità e valore); - Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida.
Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso	Direttori U.O.C. Provveditorato, Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione	- Affidamenti diretti sul Totale degli acquisti (per valore economico); - Proroghe e rinnovi sul Totale degli affidamenti (quantità e valore); - Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie; - Percentuale di gare con un'unica offerta valida; - Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa su Numero di acquisti totali.
Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica	Direttori U.O.C. Provveditorato, Servizio Tecnico Manutentivo, Patrimonio, Ingegneria Clinica, Distretti, PP.OO.	- Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo; - Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando; - Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sottosoglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara.
Monitoraggio Selezione del Contraente	Direttori U.O.C. Provveditorato, Ingegneria Clinica, Servizio Tecnico Manutentivo, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti,	- Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta; - Calcolo numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale.

	Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione	
Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Provveditorato, Ingegneria Clinica e T., STM, Patrimonio, Distretti, PP.OO. Dipartimenti , Tecnologie Informatiche e Digitalizzazione	- Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati; - Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi; - Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione dei Contratti	Direttori U.O.C. Patrimonio	- Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati; - Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi; - Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e rapportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

4.10.17 Controllo e rendicontazione misure PNRR

Premesso che i fondi PNRR “*Next Generation EU*” per l’Azienda si sviluppano intorno alla Missione 6, viene messo in opera un sistema di controllo unitario PNRR nel rispetto delle circolari MEF e ANAC.

Con Circolare n. 30 del MEF dell’11 agosto 2022 (https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONI/circolari/2022/circolare_n_30_2022) sono state fornite le linee guida delle procedure di controllo e rendicontazione delle misure PNRR di competenza dei soggetti attuatori.

Si tratta di un documento predisposto dal Servizio Centrale per il PNRR presso il Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF) - Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (RGS), che descrive i principali flussi procedurali inerenti i processi di controllo e rendicontazione del PNRR, richiamando l’attenzione su alcuni elementi, fasi e step procedurali nonché su obblighi e adempimenti di responsabilità posti in capo ai soggetti coinvolti a vario titolo e a vari livelli nell’attuazione degli interventi, combinando misure già presenti nella legislazione vigente con procedure specificamente previste per il PNRR e dal PNA 2022 già per il triennio 2023-25.

Con Circolare RGS n. 13 del 28/03/2024, che costituisce una integrazione delle “Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni Centrali e dei Soggetti Attuatori” sono state adottate le seguenti Appendici Tematiche aventi ad oggetto:

- La prevenzione e il controllo del conflitto di interessi ex art. 22 reg. (UE) 2021/241;
- La duplicazione dei finanziamenti ex art. 22, par. 2, lett. c) Reg. (UE) 2021/241.

Tali Appendici riassumono e definiscono ulteriormente le procedure che i soggetti Attuatori e le Amministrazioni titolari di Misure PNRR devono attuare ai fini di prevenire e contrastare i potenziali casi di “conflitto di interessi” e “doppio finanziamento”, che potrebbero nascere nelle procedure di attuazione dei progetti finanziati dal Piano, anche avvalendosi delle funzionalità del sistema ReGiS.

Il sistema di controllo unitario PNRR si articola su due livelli di gestione:

- **Livello realizzativo:** monitoraggio PNRR attraverso report periodici, che gli uffici tecnici compileranno in corrispondenza delle scadenze previste già in fase di candidatura e che corrispondono alla rendicontazione. Il monitoraggio servirà a dimostrare i milestone raggiunti;
- **Livello di controllo interno:** posto in capo a Dirigenti interni ad hoc incaricati e preposti. Il monitoraggio delle azioni darà atto della coerenza con gli atti di programmazione e del rispetto delle tempistiche. I Dirigenti riferiscono alla Direzione Strategica e al RPCT nei termini previsti dalla sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del PIAO nonché secondo quanto previsto dal PNA (anche attraverso una attività di audit interno).

Le Fasi del processo PNRR ai sensi delle linee guida nazionali, si riassumono in:

- Fasi di gara;
- Fasi di esecuzione del contratto;
- Fase di rendicontazione delle spese.

Tab...120...Fase di gara per l'aggiudicazione degli appalti

Fase di gara	Controlli e tempistica	Settori Uffici
AFFIDAMENTI servizi di architettura e ingegneria per progettazione e servizi tecnici (affidamenti diretti sottosoglia): - verifica e validazione del progetto da parte del RUP per la cantierabilità e DD a contrarre; - predisposizione ed approvazione bando di gara/lettera invito per le negoziate; - espletamento della gara su piattaforma elettronica; - pubblicità legale e comunicazione; - istruttoria domande di partecipazione alla gara; - aggiudicazione previa verifica dei requisiti; - stipula contratto di appalto che viene poi repertoriato/annotato/registrato; - conservazione del contratto; - accesso agli atti; - precontenzioso; - difesa legale	1.Controlli ordinari di regolarità tecnico amministrativa e adozione ai fini della partecipazione DGUE (documento unico di gara europeo); 2.Controlli ordinari di regolarità tecnico amministrativa durante le due fasi principali: - Prima della pubblicazione del bando, - Prima della stipula del contratto con il soggetto realizzatore (verifica dei requisiti prima della sottoscrizione del contratto - verifica del titolare effettivo prima della sottoscrizione del contratto). 3.Controlli di natura contabile (contabilità speciale); 4.Verifica condizionalità specifiche	Uffici Tecnici Ufficio Gare Uffici Finanziari Uffici Tecnici/Gare
Responsabili di procedimento e membri commissioni gara: individuazione del personale coinvolto nella procedura di gara e nelle fasi di precontenzioso e difesa legale	Controlli ex ante di prevenzione e contrasto conflitto di interessi e pantouflage con applicazione codice di comportamento	Uffici Tecnici/Informatici Ufficio Gare
Registrazione dati su REGIS dopo l'aggiudicazione	Monitoraggio sul portale REGIS	Uffici Tecnici/Informatici Ufficio Gare

Tab.121.Fase di esecuzione del contratto di appalto

Fase di esecuzione	Controlli e tempistica	Settori Uffici
- Fase esecuzione servizi tecnici sottosoglia secondo quanto previsto dal disciplinare;	1.Controlli tecnici su progettazione definitiva ed esecutiva. 2.Controlli ordinari di regolarità tecnico-contabile-amministrativa	Uffici Tecnici/Uff Informatici Direzione Strategica Uffici finanziari (Bilancio e Mandati)

- regolare esecuzione contratto di appalto; - approvazione fine lavori e collaudo; - emissione fatture; - atti di liquidazione; - pagamenti; - pubblicazione sul sito dello stato di avanzamento; - adozione misure antiriciclaggio; - eventuali misure correttive (variazioni atti di programmazione e bilancio)	ed ex post. 3. Controlli tecnici sull'esecuzione del contratto. 4. Verifica rispetto condizionalità specifiche. 5. Attività di antiriciclaggio da iniziare fin dal bando di gara inserendo quale elemento indispensabile a pena di esclusione dalla gara, l'individuazione dell' "operatore economico" (titolare effettivo), da inserire poi su REGIS)	
Sistema di controllo unitario PNRR	1. Controllo strategico sull'avanzamento progettuale ed allineamento documenti di programmazione. 2. Controllo misure di trasparenza, anticorruzione, antiriciclaggio	Dirigenti preposti

Tab...122 ..Fase di rendicontazione delle spese

Fase di rendicontazione	Controlli e tempistica	Settori Uffici
- rendicontazione spese su REGIS periodicamente; - rendiconto di progetto; - comunicazione; - avanzamento finanziario progetto; - comunicazione fine progetto e realizzazione degli interventi; - chiusura contabile	Attestazioni su: - rispetto della condizionalità PNRR e del principio DNSH6 - sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo-contabile - sistema di attuazione delle misure ex ante di prevenzione e contrasto al conflitto di interessi - sistema delle misure ex ante di verifica sul titolare effettivo - chiusura di tutti gli accertamenti ed impegni (chiusura finale)	Uffici Tecnici e Uffici Informatici Dirigenti preposti ai controlli Uffici coinvolti nelle procedure di gara Uffici finanziari
Presidio di Coordinamento	1. Controllo strategico sull'avanzamento e fine interventi; 2. Controllo trasparenza	Dirigenti preposti ai controlli

Responsabilità e azioni del livello realizzativo

Le principali azioni da attuare nel rispetto delle linee guida per la rendicontazione del PNRR e del PNA per il triennio 2026-28, in continuità con il PIAO 2026 – 2028, si possono così riassumere:

- assicurare il rispetto delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alle misure del PNRR, principi trasversali al PNRR e principio DNSH;
- assicurare la regolarità tecnico-amministrativa e contabile, in quanto forma di autocontrollo preventivo ed applicazione delle misure di Trasparenza, Anticorruzione, Antiriciclaggio;
- operare sul sistema ReGIS e altri portali (SIMOG, ANAC...).

Responsabilità e azioni del livello di controllo

Le principali azioni da attuare, si possono così riassumere:

- assicurare il presidio di coordinamento, in termini sia di controllo strategico sia di controllo di Legittimità;

- registrare i report indirizzati al RPCT, sia come controllo successivo dei processi e degli atti in applicazione delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza, Anticorruzione e Antiriciclaggio sia come monitoraggio dello stato di attuazione dei progetti, comunicando gli esiti del controllo ai Dirigenti e ai RUP.

I dirigenti preposti ai controlli supportano il RPCT, svolgendo le seguenti attività:

- Controllo strategico dei progetti PNRR, in coerenza con i documenti DUP e PIAO, a livello di obiettivi, tempistica, performance. Nella predisposizione del DUP si procederà, come previsto dalla Circolare 29 MEF del 15 luglio 2022.
- Controllo successivo di legittimità per garantire il rispetto delle misure di prevenzione in tema di Trasparenza Anticorruzione Antiriciclaggio per i fondi PNRR, con adozione di opportune linee guida che possono essere redatte al termine di corsi di formazione specifici (misure minime), in applicazione congiunta con le misure generali previste dal vigente PIAO sezione dedicata alla “prevenzione della corruzione e trasparenza”, nonché del PNA 2022. I controlli si focalizzeranno sulla prevenzione dei conflitti di interessi, frodi, adozione di misure specifiche relative ai processi dell’area di rischio “Contratti ed appalti pubblici”.
- Informazione e formazione interna sui temi in oggetto, sia di carattere giuridico sia di transizione al digitale.
- Elaborazione di schemi tipo, comprensive delle condizionalità previste dal PNRR, nel rispetto delle circolari MEF e ANAC, differenziandoli da altri provvedimenti.
- Verifica del flusso procedimentale, teso alla regolare pubblicazione sull’apposita sezione del sito web dell’Azienda dedicata al PNRR (monitoraggi periodici e monitoraggio) e alla semplificazione.
- Verifica della predisposizione di documenti che sottendono al sistema di controllo ReGIS quali, in fase di creazione della rendicontazione, un allegato per ciascun controllo effettuato dando atto di: assenza di conflitto di interessi; regolarità amministrativa e contabile; assenza di doppio finanziamento; rispetto del principio del DNSH; verifica titolari effettivi; verifica avanzamento di *milestones* e *targets* (per questo ultimo punto predisponendo attestazioni semplici ma complete, di avvenuta verifica del controllo effettuato).

Al fine di assicurare la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una contabilità separata per l’utilizzo delle risorse del PNRR, ex articolo 7, comma 8, del Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2021, n. 108, con l’obiettivo di implementare la reciproca collaborazione e garantire un adeguato presidio di legalità a tutela delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l’Azienda rispetta le disposizioni normative in materia e quelle contenute nel protocollo d’intesa tra il Ministero dell’economia e delle finanze e la Guardia di Finanza del 17 dicembre 2021.

4.10.18 Obblighi di pubblicazione e trasparenza dei contratti pubblici – PNRR

In materia di contratti pubblici del PNRR resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo “ReGiS”.

Restano fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione trasparente” così come dettagliati negli Allegati del PIAO e l’applicazione dell’accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d.lgs. n.33/2013.

L’Azienda Sanitaria di Caserta, in piena autonomia, al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR, ha inserito un collegamento sulla home page del sito istituzionale alla pagina “PNRR della Regione Campania”.

4.11 Antiriciclaggio

La normativa antiriciclaggio, disciplinata dal D.lgs. n. 231/2007, nasce con l'obiettivo di contrastare la circolazione di capitali di origine illecita e il finanziamento del terrorismo, imponendo obblighi specifici anche alla Pubblica Amministrazione.

Il concetto di riciclaggio comprende tutte le condotte intenzionali volte a occultare la reale provenienza di beni derivanti da attività criminose. Questo include non solo la conversione o il trasferimento di tali beni per dissimularne l'origine, ma anche il semplice acquisto, la detenzione o l'utilizzo di beni dei quali si conosca la provenienza delittuosa. La legge punisce inoltre ogni forma di partecipazione, assistenza o istigazione nel compimento di tali atti, a prescindere dal fatto che l'attività criminosa originaria sia avvenuta in Italia, in un altro Stato dell'Unione Europea o in un Paese terzo.

L'efficacia di questo sistema risiede nel coordinamento tra l'azione di prevenzione amministrativa e quella di repressione penale, garantendo che ogni operazione sospetta possa essere prontamente individuata e segnalata alle autorità competenti per tutelare l'integrità del sistema economico e pubblico.

Le disposizioni in materia si applicano nell'ambito dei seguenti procedimenti/procedure:

- Procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- Procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati. Al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, le Pubbliche amministrazioni comunicano alla UIF dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La UIF, in apposite istruzioni, adotta sentito il Comitato di sicurezza finanziaria, individua i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette. Le Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale realizzati in attuazione dell'articolo 3 del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, adottano misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi del presente articolo. L'inosservanza delle norme di cui alla presente disposizione assume rilievo ai fini dell'articolo 21, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

La Pubblica Amministrazione, per il tramite del “Gestore”, è tenuta a inviare all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) della Banca d'Italia segnalazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, basate su una valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi emersi durante l'attività istituzionale.

Le caratteristiche principali di questo obbligo sono:

- Irrilevanza dell'importo: La comunicazione va effettuata a prescindere dal valore economico dell'operazione.
- Valutazione del sospetto: Il sospetto può derivare da incongruenze del profilo economico, dal riscontro di nominativi in liste pubbliche di terrorismo o da specifici indicatori di anomalia emanati dalla UIF.
- Riservatezza e Tutela: La segnalazione è un atto distinto dalla denuncia penale e deve essere gestita garantendo l'assoluta riservatezza dell'identità del segnalante.

- **Formazione:** L'Ente ha l'obbligo di formare il personale affinché sia in grado di riconoscere le fattispecie sospette, poiché l'inosservanza di tali norme incide sulla responsabilità dirigenziale.

4.11.1 Antiriciclaggio – indicatori di anomalia

Gli indicatori di anomalia, definiti dal provvedimento UIF del 23 aprile 2018, rappresentano strumenti di supporto essenziali per guidare le Pubbliche Amministrazioni nella rilevazione di operazioni sospette. Il loro scopo principale è ridurre l'incertezza delle valutazioni soggettive, favorendo comunicazioni verso l'Unità di Informazione Finanziaria che siano corrette e omogenee.

Questi indicatori consistono in un elenco esemplificativo di comportamenti o modalità operative che possono segnalare intenti di riciclaggio o finanziamento del terrorismo. Tuttavia, la loro applicazione richiede equilibrio e spirito critico:

- **Analisi concreta:** La presenza di un indicatore non implica automaticamente una segnalazione; è sempre necessaria una valutazione complessiva dell'operazione basata su tutte le informazioni disponibili.
- **Flessibilità:** Al contrario, l'assenza di un comportamento specifico tra quelli elencati non esclude la natura sospetta di un'operazione, qualora altri elementi suggeriscano profili di rischio.

Le Pubbliche Amministrazioni devono quindi declinare tali strumenti in base alla propria attività istituzionale, integrando gli indicatori generali con quelli specifici per il settore di riferimento.

È possibile individuare i seguenti indicatori:

A) Indicatori di anomalia connessi con l'identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l'operazione:

- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio, ovvero opera con controparti situate in tali Paesi, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in un Paese la cui legislazione non consente l'identificazione dei nominativi che ne detengono la proprietà o il controllo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risiede in una zona o in un territorio notoriamente considerati a rischio, in ragione tra l'altro dell'elevato grado di infiltrazione criminale, di economia sommersa o di degrado economico-istituzionale;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documenti (quali, ad esempio, titoli o certificati), specie se di dubbia autenticità, attestanti l'esistenza di cospicue disponibilità economiche o finanziarie in Paesi terzi ad alto rischio;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta garanzie reali o personali rilasciate da soggetti con residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio ovvero attinenti a beni ubicati nei suddetti Paesi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione fornisce informazioni palesemente inesatte o del tutto incomplete o addirittura false ovvero si mostra riluttante a fornire ovvero rifiuta di fornire informazioni, dati e documenti comunemente acquisiti per l'esecuzione dell'operazione, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documentazione che appare falsa o contraffatta ovvero contiene elementi del tutto difformi da quelli tratti da fonti affidabili e indipendenti o presenta comunque forti elementi di criticità o di dubbio;

- Il soggetto cui è riferita l'operazione rifiuta di ovvero è reticente a fornire informazioni o documenti concernenti aspetti molto rilevanti, specie se attinenti all'individuazione dell'effettivo beneficiario dell'operazione;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta collegato, direttamente o indirettamente, con soggetti sottoposti a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale ovvero con persone politicamente esposte o con soggetti censiti nelle liste pubbliche delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di persone sottoposte a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale o ad altri provvedimenti di sequestro;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di soggetti censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo o comunque notoriamente riconducibili ad ambienti del radicalismo o estremismo;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, partecipata da soci ovvero con amministratori di cui è nota la sottoposizione a procedimenti penali o a misure di prevenzione o che sono censiti nelle liste delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, ovvero notoriamente contigui a questi;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da strutture societarie opache (desumibili, ad esempio, da visure nei registri camerali) ovvero si avvale artificiosamente di società caratterizzate da catene partecipative complesse nelle quali sono presenti, a titolo esemplificativo, *trust*, fiduciarie, fondazioni, *international business company*;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da ripetute e/o improvvise modifiche nell'assetto proprietario, manageriale (ivi compreso il "direttore tecnico") o di controllo dell'impresa;
- Il soggetto cui è riferita l'operazione è un'impresa, specie se costituita di recente, controllata o amministrata da soggetti che appaiono come meri prestanome.

B) Indicatori di anomalia connessi con le modalità (di richiesta o esecuzione) delle operazioni:

- Acquisto di beni o servizi non coerente con l'attività del soggetto cui è riferita l'operazione, specie se seguito da successivo trasferimento del bene o servizio in favore di società appartenenti allo stesso gruppo, in mancanza di corrispettivo;
- Impiego di disponibilità che appaiono del tutto sproporzionate rispetto al profilo economico patrimoniale del soggetto (ad esempio, operazioni richieste o eseguite da soggetti con "basso profilo fiscale" o che hanno omesso di adempiere agli obblighi tributari);
- Operazioni richieste o effettuate da organizzazioni non profit ovvero da organizzazioni non governative che, per le loro caratteristiche (ad esempio tipologie di imprese beneficiarie o aree geografiche di destinazione dei fondi), risultano riconducibili a scopi di finanziamento del terrorismo ovvero manifestamente incoerenti con le finalità dichiarate o comunque proprie dell'ente in base alla documentazione prodotta, specie se tali organizzazioni risultano riconducibili a soggetti che esercitano analoga attività a fini di lucro;
- Offerta di polizze di assicurazione relative ad attività sanitaria da parte di agenti o brokers operanti in nome e/o per conto di società estere, anche senza succursali in Italia, a prezzi sensibilmente inferiori rispetto a quelli praticati nel mercato;
- Frequente e inconsueto rilascio di deleghe o procure al fine di evitare contatti diretti ovvero utilizzo di indirizzi, anche postali, diversi dal domicilio, dalla residenza o dalla sede, o comunque ricorso ad altre forme di domiciliazione di comodo;

- Frequente richiesta di operazioni per conto di uno o più soggetti terzi, in assenza di ragionevoli motivi legati al tipo di attività esercitata o al rapporto tra le parti o a particolari condizioni adeguatamente documentate;
- Presentazione di garanzie personali rilasciate da parte di soggetti che sembrano operare in via professionale senza essere autorizzati allo svolgimento dell'attività di prestazione di garanzie;
- Richiesta ovvero esecuzione di operazioni con configurazione illogica ed economicamente o finanziariamente svantaggiose, specie se sono previste modalità eccessivamente complesse od onerose, in assenza di plausibili giustificazioni;
- Proposta di regolare sistematicamente i pagamenti secondo modalità tali da suscitare il dubbio che si intenda ricorrere a tecniche di frazionamento del valore economico dell'operazione;
- Ripetuto ricorso a contratti a favore di terzo, contratti per persona da nominare o a intestazioni fiduciarie, specie se aventi ad oggetto diritti su beni immobili o partecipazioni societarie.

C) Indicatori specifici per settore appalti e contratti pubblici

- Partecipazione a gara per la realizzazione di lavori pubblici o di pubblica utilità, specie se non programmati, in assenza dei necessari requisiti (soggettivi, economici, tecnico-realizzativi, organizzativi e gestionali) con apporto di rilevanti mezzi finanziari privati, specie se di incerta provenienza o non compatibili con il profilo economico-patrimoniale dell'impresa, ovvero con una forte disponibilità di anticipazioni finanziarie e particolari garanzie di rendimento prive di idonea giustificazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture in assenza di qualsivoglia convenienza economica all'esecuzione del contratto, anche con riferimento alla dimensione aziendale e alla località di svolgimento della prestazione.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di un raggruppamento temporaneo di imprese, costituito da un numero di partecipanti del tutto sproporzionato in relazione al valore economico e alle prestazioni oggetto del contratto, specie se il singolo partecipante è a sua volta riunito, raggruppato o consorziato.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di una rete di imprese il cui programma comune non contempla tale partecipazione tra i propri scopi strategici.
- Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di soggetti che, nel corso dell'espletamento della gara, ovvero della successiva esecuzione, realizzano operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società, prive di giustificazione.
- Presentazione di offerta con un ribasso sull'importo a base di gara particolarmente elevato nei casi in cui sia stabilito un criterio di aggiudicazione al prezzo più basso, ovvero che risulta anormalmente bassa sulla base degli elementi specifici acquisiti dalla stazione appaltante, specie se il contratto è caratterizzato da complessità elevata.
- Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione.
- Ripetuti affidamenti a un medesimo soggetto, non giustificati dalla necessità di evitare soluzioni di continuità di un servizio nelle more della indizione ovvero del completamento della procedura di gara.
- Ripetute aggiudicazioni a un medesimo soggetto, in assenza di giustificazione, specie se in un breve arco temporale, per contratti di importo elevato e mediante affidamenti diretti o con

procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, o a seguito di procedura a evidenza pubblica precedentemente revocata.

- Contratto aggiudicato previo frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica.
- Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione, consistenti in una variazione delle prestazioni originarie, in un allungamento dei termini di ultimazione dei lavori, servizi o forniture, in rinnovi o proroghe, al di fuori dei casi normativamente previsti, o in un significativo incremento dell'importo contrattuale.
- Esecuzione del contratto caratterizzata da ripetute e non giustificate operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo, ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società.
- Ricorso al subappalto oltre la quota parte subappaltabile, in assenza di preventiva indicazione in sede di offerta ovvero senza il necessario deposito del contratto di subappalto presso la stazione appaltante o della documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di legge.
- Esecuzione delle attività affidate al contraente generale direttamente o per mezzo di soggetti terzi in assenza di adeguata esperienza, qualificazione, capacità organizzativa tecnico-realizzativa e finanziaria.
- Esecuzione della prestazione oggetto della sponsorizzazione mediante il ricorso a subappalti oltre i limiti imposti per i contratti pubblici ovvero mediante il ripetuto ricorso a subaffidamenti, specie se in reiterata violazione degli obblighi contrattuali e delle prescrizioni impartite dall'amministrazione in ordine alla progettazione, direzione ed esecuzione del contratto.

È compito, comunque, degli Uffici dell'ASL CE, dei loro Responsabili e del Gestore valutare le operazioni ed i fatti oggetto di verifica secondo criteri che, in base alle circostanze ed indipendentemente dalla presenza od assenza degli indicatori di anomalia, possano ragionevolmente evidenziare elementi sintomatici di fatti contrari alla legge. A tal fine il Gestore può concordare con tali soggetti di inserire, tra i fatti rappresentativi di potenziali situazioni contrarie alla legge ulteriori indicatori di anomalia.

Comunicazione dell'operazione sospetta alla Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.).

Il Gestore verifica le risultanze delle comunicazioni svolte ed argomentate dai Responsabili di Unità Operativa:

- In caso di decisione negativa, specifica le motivazioni per le quali non ha ritenuto opportuno effettuare la segnalazione;
- In caso di decisione positiva, provvede senza ritardo alla compilazione e all'invio della comunicazione/segnalazione di operazione sospetta, tramite il portale INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia, previa adesione al sistema di comunicazione on-line.

Le modalità per l'adesione al sistema di comunicazione on-line e per la trasmissione delle informazioni sono indicate in un apposito comunicato pubblicato nel sito internet della U.I.F. (<https://uif.bancaditalia.it/portale-infostat-uif/modalita-accesso/index.html>)

Tali segnalazioni dovranno essere effettuate esclusivamente attraverso modalità telematica tramite l'applicazione messa a disposizione dall'UIF della Banca d'Italia al link sopra riportato.

Riservatezza e tutela del segnalante

L'intero iter valutativo e di comunicazione delle operazioni sospette è coperto dalla massima riservatezza. Tutto il personale è tenuto ad evitare ogni diffusione non necessaria di informazioni sia all'interno dell'ASLCE che all'esterno. I soggetti obbligati adottano tutte le misure idonee ad assicurare la riservatezza dell'identità delle persone che effettuano la comunicazione. L'identità del segnalante non può essere rivelata a meno che l'Autorità Giudiziaria non disponga altrimenti, con provvedimento

motivato, qualora lo ritenga indispensabile ai fini dell'accertamento dei reati per i quali si procede. Il trattamento delle informazioni da parte degli operatori avviene nel rispetto delle disposizioni previste in materia di protezione dei dati personali.

4.12 Whistleblowing

Whistleblowing (sentinella civica) è uno strumento a disposizione del settore pubblico e privato che si prefigge di regolamentare e facilitare la segnalazione di illeciti di cui il soggetto sia venuto a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. Introdotto dalla L. 190/2012, rafforzato con la L. n. 179/2017 e recentemente innovato con d.lgs. n. 24/2023, in attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937 ha ampliato le tutele in caso di segnalazione di illeciti, estendendo l'ambito applicativo soggettivo e prevedendo procedure ulteriori per preservare i soggetti segnalanti da possibili ritorsioni.

In materia, l'Azienda ha già istituito i canali di segnalazione interna previsti dalla normativa vigente, provvedendo a dare adeguata pubblicità — anche tramite il proprio portale istituzionale — alle modalità per il ricorso ai canali esterni. Per l'annualità 2026, è inoltre prevista l'implementazione di un canale orale, che consentirà di trasmettere le segnalazioni mediante un sistema di fonoregistrazione, nel pieno rispetto della riservatezza del segnalante.

Si riporta di seguito le linee guida adottate dall'azienda in conformità alla Delibera ANAC n. 279 del 26 novembre 2025 e alle relative Linee Guida. Le integrazioni e le modifiche apportate sono evidenziate in grassetto.

Parte I – Elementi generali del whistleblowing

Art.1 – Premessa

La segnalazione di illeciti (Whistleblowing) è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 con la finalità di rendere effettiva la tutela dell'integrità delle Pubbliche amministrazioni attraverso la denuncia di chi ha la possibilità di conoscere condotte illecite poste in essere sul luogo di lavoro.

È la legge n. 190 del 2012, precisamente dall'articolo 1 comma 51, con l'introduzione dell'articolo 54 bis al Decreto legislativo 165 del 2001, che ha previsto che il pubblico dipendente che denuncia 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.

Con legge 30 novembre 2017 n.179, recante “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*” è stata rafforzata la tutela del dipendente pubblico che, nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione, segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) o denuncia all'Autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Il dipendente pubblico che segnala un illecito non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. La denuncia, inoltre, è sottratta all'accesso documentale previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Il principio della tutela della riservatezza dell'identità del dipendente autore della segnalazione è garantito anche da altri accorgimenti che le pubbliche amministrazioni devono adottare in base al Piano nazionale anticorruzione (PNA).

Il D.lgs. n.24 del 10 marzo 2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”, in attuazione della Direttiva UE 2019/1937 del 23 ottobre 2019

(riguardante la protezione delle persone che segnalano violazione del diritto dell'Unione), ha innovato la precedente normativa, ampliando le tutele in caso di segnalazione di illeciti, estendendo l'ambito applicativo soggettivo e prevedendo procedure ulteriori per preservare i soggetti segnalanti da possibili ritorsioni.

Il presente regolamento disciplina l'istituto della segnalazione d'illeciti (Whistleblowing) all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta.

Art.2 – Definizioni

- o “Azienda” – “Amministrazione”: Azienda Sanitaria Locale Caserta;
- o “Facilitatore”: persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- o “Whistleblower”: Dipendente pubblico, lavoratore subordinato di soggetto del settore privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.;
- o “Whistleblowing”: Istituto di tutela del dipendente pubblico, del lavoratore subordinato privato e assimilati che segnala, denuncia o divulga pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della pubblica amministrazione o dell'ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.
- o “Persona coinvolta”: La persona fisica o giuridica menzionata nella segnalazione interna o esterna ovvero nella divulgazione pubblica come persona alla quale la violazione è attribuita o come persona
- o comunque implicata nella violazione segnalata o divulgata pubblicamente;
- o “Segnalazione”: La comunicazione scritta od orale, delle informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse nell'organizzazione con cui la persona segnalante o colui che sporge denuncia all'autorità giudiziaria o contabile intrattiene un rapporto giuridico come previsto dal d.lgs. 24/2023, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni;
- o “Divulgazione pubblica”: Rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone;
- o “Contesto lavorativo”: Le attività lavorative o professionali, presenti o passate, in ragione delle quali, indipendentemente dalla loro natura, un soggetto acquisisce informazioni sulle violazioni e nel cui ambito potrebbe rischiare di subire ritorsioni in caso di segnalazione o di divulgazione pubblica o di denuncia all'autorità giudiziaria o contabile. Deve, comunque, trattarsi di attività svolte dai soggetti che hanno instaurato con l'ente del settore pubblico uno di quei rapporti di natura lavorativa o professionale espressamente indicati dal legislatore nel D.lgs. n. 24/2023;
- o “Indici sintomatici”: irregolarità e anomalie che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una violazione prevista nel decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24;
- o “Key code”: codice univoco generato automaticamente dalla piattaforma in uso all'Amministrazione
- o per segretare la segnalazione.

Art.3 – Scopo

Scopo delle Linee guida è quello di dettare una compiuta regolamentazione in materia di segnalazioni di condotte illecite pervenute all'Azienda Sanitaria Locale Caserta, prevedere le modalità operative e i

soggetti destinatari e definire il possibile contenuto ed oggetto della segnalazione e i compiti conseguenti per le Strutture aziendali ed i Responsabili delle strutture interessate dalla segnalazione. La finalità è altresì quella di garantire la concreta ed effettiva attuazione delle tutele previste dalla legge per i dipendenti che consentono l'emersione di eventuali irregolarità o illeciti commessi in Azienda, permettendo di adottare tempestivamente le misure organizzative necessarie.

Art.4 - Ambito soggettivo di applicazione (art. 3 del d.lgs. 24/2023)

Le tutele previste dalla normativa vigente si applicano, anche in ottemperanza alle novità normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24:

- Ai dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda;
- Ai lavoratori e collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda;
- Lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- Collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'azienda;
- Volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti;
- Persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza (es. componenti degli Organismi Interni di Valutazione).

Le informazioni sulle violazioni devono essere apprese nel contesto lavorativo del segnalante, del denunciante o di chi divulga pubblicamente e devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.

La tutela è riconosciuta, oltre ai soggetti suddetti che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche, anche a quei soggetti che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante.

Rientrano nelle figure tutelate, in particolare:

- Il facilitatore o meglio la persona fisica che assiste il segnalante, denunciante o chi effettua una divulgazione pubblica, operante all'interno del medesimo contesto lavorativo e la cui identità deve essere mantenuta riservata. A titolo esemplificativo, il facilitatore potrebbe essere il collega dell'ufficio del segnalante;
- Persone del medesimo contesto lavorativo del segnalante, denunciante o di chi effettua una divulgazione pubblica e che sono legate ad esso da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado. Proprio in ragione di tale rete di rapporti e relazioni interpersonali, più persone potrebbero essere a rischio di subire ritorsioni in ragione della segnalazione effettuata nel medesimo contesto lavorativo. Presupposto per l'applicazione delle tutele in tali casi è l'esistenza di uno stabile legame affettivo (ad esempio di convivenza) o di parentela entro il quarto grado con il whistleblower;
- Colleghi di lavoro che lavorano nel medesimo contesto lavorativo e hanno con il soggetto segnalante, denunciante o che effettua una divulgazione pubblica un rapporto abituale e corrente.

La tutela di tutti i soggetti elencati si applica non soltanto se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla cessazione del rapporto se, rispettivamente, le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali ovvero nel corso del rapporto di lavoro.

Art.5 - Ambito oggettivo di applicazione (art. 1 e art. 2 del D. Lgs.24/2023)

Il presente regolamento disciplina la protezione dei dipendenti (whistleblower) che segnalano violazioni di disposizioni nazionali/europee/aziendali che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Azienda, di cui di cui il soggetto sia venuto a conoscenza in occasione e/o a causa dello svolgimento delle sue mansioni, seppure in modo causale. In particolare, il legislatore specifica che le informazioni sulle violazioni devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nell'ambito del contesto lavorativo. Il presupposto per effettuare una

segnalazione è l'esistenza di una relazione qualificata tra il segnalante e l'Azienda, che riguarda attività lavorative professionali presenti o anche passate.

Possono essere segnalate, inoltre, anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero essere effettuate sulla base di elementi concreti (indici sintomatici).

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune condotte che potrebbero essere oggetto di segnalazione:

- Irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
- Accessi indebiti agli applicativi informatici;
- Utilizzo improprio di istituti di tutela del dipendente (malattia, permessi sindacali, congedi ecc.);
- Irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
- Irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
- Rapporti e frequentazioni inopportune tra dipendenti e soggetti esterni (contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, operatori economici, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
- Autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
- Favoritismi;
- False dichiarazioni;
- Mancato rispetto dei tempi procedurali;
- Procedure concorsuali non trasparenti;
- Violazione delle norme sulla sicurezza del lavoro.

Sono escluse dall'applicazione della normativa le contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante o della persona che ha sporto denuncia all'Autorità giudiziaria che attengono esclusivamente ai propri rapporti individuali di lavoro o di impiego pubblico.

La violazione segnalabile non può consistere in una mera irregolarità (es. comportamenti impropri da parte di un funzionario pubblico). Tuttavia, le irregolarità possono costituire "elementi concreti" (indici sintomatici) tali da far ritenere al segnalante che potrebbe essere commessa una violazione prevista dal decreto. Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già di dominio pubblico nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni non attendibili (cd. voci di corridoio).

Art. 6 - Segnalazioni anonime

Le segnalazioni dalle quali non è invece possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate a segnalazioni ordinarie e conseguentemente, per quanto compatibile, sono trattate applicando la presente procedura.

Non può essere pertanto, ignorata una segnalazione qualificata e ben circostanziata, fermo restando che durante le fasi di accertamento non si avrà l'onere di tutelare un soggetto che ha scelto di non rivelare la propria identità. Nei casi di segnalazione e denuncia anonima, la persona, successivamente identificata, che abbia subito ritorsioni, può beneficiare delle misure di protezione per le ritorsioni (art. 16 del D.lgs. 24/23).

L'Azienda considera le segnalazioni anonime ricevute attraverso i canali interni alla stregua delle segnalazioni ordinarie. In tali casi le segnalazioni anonime saranno gestite secondo i criteri stabiliti per le segnalazioni ordinarie.

Art. 7 - Elementi e caratteristiche delle segnalazioni

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili ad accertare la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione, onde consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche.

In particolare, la segnalazione deve contenere:

- le generalità del soggetto che effettua la segnalazione, la denuncia o la divulgazione pubblica con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'Ente;
- una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione, indicando luogo e tempo in cui i fatti si sono svolti;
- l'autore del fatto (indicando i dati anagrafici, se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento utile all'identificazione);
- eventuali altri soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo;
- eventuali documenti e/o ogni altra informazione che possano confermare la fondatezza dei fatti esposti.
- in calce alla segnalazione deve essere apposta la data e la firma del segnalante.

Si ricorda che non possono essere prese in considerazione le segnalazioni prive degli elementi ritenuti essenziali, quali la descrizione dei fatti, quelle accompagnate da una descrizione tale da non consentire la comprensione dei fatti segnalati o corredate da documentazione non appropriata o inconferente.

Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, l'invio della presente segnalazione non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria (o ad altre autorità che abbia obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria) i fatti penalmente rilevanti di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

Resta fermo che, laddove il soggetto denunci un reato all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 361 o 62 c.p. (obbligo di denuncia per i reati punibili d'ufficio) e poi venga discriminato per via della segnalazione, potrà beneficiare delle tutele dalle misure ritorsive previste dal D.lgs. n. 24/2023.

Parte II - Canali e modalità di presentazione delle segnalazioni

Art. 8 - Canale di segnalazione interna (art. 4 del D.Lgs.24/2023)

Il legislatore con l'intento, da un lato, di favorire una cultura della buona comunicazione e della responsabilità sociale d'impresa all'interno delle organizzazioni e, dall'altro, di fare in modo che i segnalanti, facendo emergere atti, omissioni e condotte illecite, contribuiscano significativamente al miglioramento della propria organizzazione, ha previsto l'istituzione presso ciascuna amministrazione di un canale interno di segnalazione degli illeciti che possono essere identificati come "Whistleblowing". L'Azienda, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente ha attivato un canale interno telematico per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni, raggiungibile al seguente link:

<https://whistleblowing.aslcaserta.it/#/>

La Piattaforma adottata, già in uso all'ANAC, consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per il Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità.

Ciò è possibile, grazie all'utilizzo di un protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati in totale riservatezza. Le segnalazioni, infatti, vengono segregate dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato automaticamente dal predetto sistema ("key code"), potrà comunicare con il RPCT senza essere identificabile.

Il sistema di crittografia, come previsto dalle recenti modifiche normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, tutela la riservatezza non solo della persona segnalante, ma anche del facilitatore, delle persone coinvolte, dei soggetti menzionati nella segnalazione, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

La gestione della segnalazione è affidata al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT). L'attività del gestore è di seguito sintetizzata:

- Rilascia al segnalante un avviso di ricevimento della segnalazione, entro sette giorni dalla ricezione;
- Mantiene le interlocuzioni con la persona segnalante;
- Dà un corretto riscontro alle segnalazioni ricevute;
- Fornisce un riscontro alla persona segnalante.

Nel rispetto di tempistiche ragionevoli e della riservatezza dei dati, si procede alla verifica dei presupposti soggettivi e oggettivi richiesti dal d.lgs. 24/2023 per poter quindi accordare al segnalante le tutele previste. Una volta accertato il rispetto dei suddetti requisiti, il RPCT avvia l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate per valutare la sussistenza degli stessi. Ciò premesso occorre evidenziare che, per dare corretto seguito alla segnalazione, è opportuno anzitutto verificare i presupposti soggettivi e oggettivi richiesti dal legislatore.

Qualora la segnalazione interna sia presentata ad un soggetto diverso dal RPCT, laddove il segnalante dichiara espressamente di voler beneficiare delle tutele in materia whistleblowing o tale volontà sia desumibile dalla segnalazione, quest'ultima va trasmessa, entro sette giorni dal suo ricevimento, al soggetto interno competente (RPCT), dando contestuale notizia della trasmissione alla persona segnalante. Il soggetto che ha erroneamente ricevuto la segnalazione deve mantenere la riservatezza sulla segnalazione ricevuta, sul contenuto, sulla relativa documentazione e in particolare sull'identità del segnalante, della/e persone coinvolta/e o comunque menzionata/e nella segnalazione e di qualsiasi altra informazione conosciuta con la medesima, conservando la segnalazione in busta chiusa dentro un apposito raccoglitore, archiviato in un armadio chiuso a chiave, sino al momento della trasmissione a mani proprie al RPCT.

Diversamente, se il segnalante non dichiara espressamente di voler beneficiare delle tutele, o detta volontà non sia desumibile dalla segnalazione, detta segnalazione è considerata quale segnalazione ordinaria.

In conformità con quanto previsto dalla normativa:

- L'Amministrazione ha pubblicato sul sito istituzionale sezione "Amministrazione trasparente – Altri contenuti" una sezione dedicata alla segnalazione degli illeciti, raggiungibile al seguente link: <https://www.aslcaserta.it/index.php/whistleblowing/>. Nella sezione sono indicate le informazioni utili per un corretto utilizzo del canale interno ed esterno di segnalazione;
- L'Amministrazione consente che la segnalazione avvenga con canali alternativi, ed in particolare, in forma scritta con l'invio di una pec o in forma orale attraverso appuntamento con il RPCT, precedentemente programmato su richiesta della persona segnalante.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- a mezzo servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In tal caso, per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
- la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
- la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B);
- entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "Riservata Whistleblowing" ed indirizzata al RPCT. Tali comunicazioni verranno acquisite al protocollo generale dell'Azienda, con l'opzione "riservata", tramite scansione e registrazione solo dell'involucro esterno, che verrà poi trasmesso senza ritardo al RPCT;
- in forma orale, su richiesta della persona segnalante, mediante un **incontro diretto con il RPCT** fissato entro un termine di sette giorni dalla richiesta. In tal caso la segnalazione, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del RPCT mediante verbale.

L'Azienda, essendo sottoposta al rispetto del codice dell'amministrazione digitale, prevede il ricorso alla posta elettronica ordinaria (trasparenza@aslcaserta.it) e certificata (anticorruzione-trasparenza@pec.aslcaserta.it) come estrema ratio, prediligendo l'utilizzo di soluzioni alternative in conformità con quanto previsto dal codice stesso.

Ciascuna segnalazione sarà annotata in apposito registro tenuto dal RPCT e ad essa verrà assegnato, anche ai fini della successiva trattazione, un codice identificativo alfa-numerico.

In caso di conflitto di interessi, anche solo apparente o potenziale, il RPCT si astiene dalla trattazione dell'evento, ne dà comunicazione al Direttore Generale e inoltra la segnalazione ricevuta all'ANAC.

Art.9 - Canale di segnalazione esterno presso ANAC (art. 7 del d.lgs.24/2023)

Fermo restando la preferenza per il canale interno di segnalazione, il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, prevede che i dipendenti del settore pubblico possono effettuare segnalazione tramite un **canale esterno** gestito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Le condizioni per ricorrere al canale esterno presso ANAC sono le seguenti:

- Canale interno non attivato o attivato, ma non conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni;
- È già stata effettuata una segnalazione interna, ma non ha avuto seguito;
- Il segnalante ha fondati motivi per ritenere che se effettuasse una segnalazione interna alla stessa non sarebbe dato efficace seguito o questa potrebbe determinare rischio di ritorsione;
- Il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

La segnalazione può essere attuata seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della stessa Autorità al link: <https://whistleblowing.anticorruzione.it>

Art.10 - La divulgazione pubblica (art. 15 D. Lgs.24/2023)

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, ha introdotto un'ulteriore modalità di segnalazione consistente nella divulgazione pubblica. Si tratta del caso in cui le informazioni sulle violazioni sono rese di pubblico dominio tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone.

Le condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica sono:

- L'assenza di riscontro ad una segnalazione interna alla quale abbia fatto seguito una segnalazione ANAC la quale, a sua volta, non ha avuto riscontro entro termini ragionevoli;
- L'assenza di riscontro ad una segnalazione ad ANAC entro termini ragionevoli;
- Fondati motivi di ritenere sulla base delle circostanze concrete che la violazione possa rappresentare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- Fondati motivi di ritenere che la segnalazione possa comportare il rischio di ritorsioni oppure non avere
- efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte le prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Art.11 – Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Le segnalazioni di illecito possono essere inoltrate anche alle Autorità Giudiziarie.

Come già ribadito, qualora il whistleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni, ciò non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale (art.331 c.p.p. e artt. 361 e 362 c.p.).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione rilascia alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione e valuta preliminarmente i requisiti essenziali di ammissibilità verificando, in sede istruttoria, la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione attraverso ogni attività che si ritiene opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, chiedendo documenti e informazioni ulteriori nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza. Laddove è necessario può anche acquisire atti e documenti da altri uffici dell'amministrazione e avvalersi del loro supporto.

La segnalazione è considerata inammissibile per:

- o Manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti;
- o Contenuto generico tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero la segnalazione è corredata da documentazione non appropriata o inconferente;
- o Produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di violazione;
- o Mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali (vedi par. 5) della segnalazione di cui al modello di segnalazione allegato alla presente procedura.

Il termine per l'esame preliminare della segnalazione, da cui consegue l'avvio dell'istruttoria, è di quindici giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione. Successivamente il RPCT avvia l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate per valutare la sussistenza degli stessi, fornendo un riscontro alla persona segnalante dopo la chiusura dell'istruttoria.

Il riscontro deve essere effettuato entro il termine di tre mesi dalla ricezione della segnalazione e può consistere:

- nella comunicazione dell'archiviazione adeguatamente motivata;
- nell'avvio di un'inchiesta interna ed eventualmente nelle relative risultanze;
- nel rinvio a un'autorità competente per ulteriori indagini.

Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e all'occorrenza formalmente individuate, e - se necessario - degli organi di controllo esterni all'Azienda. Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità e di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione. Le strutture aziendali, coinvolte nella fase istruttoria sono tenute agli stessi vincoli di riservatezza ed alle stesse responsabilità cui è sottoposto il RPCT.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà, in relazione alla natura della segnalazione, a trasmettere l'esito dell'accertamento per approfondimenti istruttori o per l'adozione dei provvedimenti di competenza:

- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile dell'unità organizzativa di appartenenza dell'autore della violazione, affinché sia espletato, ove ne ricorrano i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
- alla Direzione Generale dell'Azienda, per le ulteriori eventuali azioni che si rendano necessarie a tutela dell'Azienda;
- se del caso, all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti e all'ANAC.

Tuttavia, occorre precisare che il medesimo riscontro, da rendersi nel termine di tre mesi, può anche essere meramente interlocutorio, poiché possono essere comunicate le informazioni relative a tutte le attività sopra descritte che si intende intraprendere e lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

È importante consentire al segnalante di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria, fornendo informazioni sullo stato di avanzamento.

La persona segnalata può essere sentita, anche dietro sua richiesta, mediante procedimento cartolare attraverso l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti. Tale soggetto non ha il diritto di essere sempre informato della segnalazione che lo riguarda, ma solo nell'ambito del procedimento eventualmente avviato nei suoi confronti a seguito della conclusione della gestione della segnalazione e nel caso in cui tale procedimento sia fondato in tutto o in parte sulla segnalazione (art. 12, co. 9, del D.lgs. 24/2023).

Parte III – Tutele e misure di sostegno

Art.12 – Tutela della riservatezza

L'identità della persona segnalante, facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata dalla segnalazione, non possono essere rivelate senza il consenso espresso delle stesse, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. Non posso essere rivelate, inoltre, le informazioni da cui può evincersi direttamente o indirettamente tali identità.

La riservatezza viene garantita anche nel caso di segnalazioni - interne o esterne - effettuate in forma orale.

Il divieto di rivelare l'identità del segnalante, o altro soggetto tutelato, è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione, ivi inclusa la documentazione ad essa allegata, dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità.

In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati, oltre al consenso espresso degli stessi, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:

- nel procedimento disciplinare laddove il disvelamento dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del soggetto a cui viene contestato l'addebito disciplinare;
- nei procedimenti instaurati in seguito a segnalazioni interne o esterne laddove tale rivelazione sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.

Qualora la contestazione dell'illecito disciplinare sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso espresso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

L' UPD valuta, su istanza dell'incolpato, se ricorrono i presupposti in ordine alla necessità di conoscere l'identità del segnalante ai fini del diritto di difesa, dando adeguata motivazione della sua decisione sia in caso di accoglimento dell'istanza, sia in caso di diniego. Il Responsabile UPD si pronuncia sull'istanza dell'incolpato entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa. Il Responsabile UPD in caso di accoglimento dell'istanza, informa il RPCT della decisione e della motivazione posta a suo fondamento, affinché provveda a darne comunicazione al segnalante, chiedendo allo stesso il consenso al disvelamento della sua identità.

In ogni caso è fatto divieto assoluto al RPCT ed agli soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione, di rendere nota, in assenza dei presupposti di legge, l'identità del segnalante al Responsabile UPD.

La tutela della riservatezza va garantita anche in ambito giurisdizionale e disciplinare, in particolare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati sono coperte:

- nell'ambito del procedimento penale dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale; nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nell'ambito del procedimento disciplinare se la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Si precisa inoltre che, con specifico riferimento alla divulgazione pubblica, la protezione della riservatezza non si applica nel caso in cui la persona segnalante abbia intenzionalmente rivelato la sua identità mediante, ad esempio, piattaforme web o social media.

Tutto il personale coinvolto nella gestione delle segnalazioni risulta regolarmente autorizzato al trattamento dei dati ed ha ricevuto un'adeguata e specifica formazione professionale volta ad accrescerne le competenze specialistiche in materia di normativa sulla protezione dei dati personali, sicurezza dei dati e delle informazioni nonché un'adeguata formazione professionale sulla disciplina del whistleblowing. Ai soggetti interessati (ad es. segnalanti, segnalati, persone interessate dalla segnalazione, facilitatori, ecc.), viene fornita apposita informativa sul trattamento dei dati personali mediante la pubblicazione sul sito web aziendale. I dati degli interessati sono conservati, in forma riservata e protetta, per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione, avendo cura di evitare il tracciamento di qualunque informazione che possa ricondurre all'identità o all'attività del segnalante. Il trattamento dei dati viene svolto in forma manuale e/o automatizzata nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR e in accordo col principio della privacy by design e della privacy by default.

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non possono esercitare - per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione - i diritti che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento). Dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali (ai sensi dell'art. 77 del Regolamento (UE) n. 2016/679). Resta ferma la possibilità per il soggetto segnalato, presunto autore dell'illecito, di esercitare i propri diritti con le modalità previste dall'art. 160 del D.lgs. n. 196/2003. La riservatezza dell'identità del segnalante tutelata ai sensi dell'art. 2 undicies, lett. f) del D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare e dà luogo all'applicabilità di una sanzione amministrativa da parte di ANAC.

Nei casi in cui si renda necessario per il RPCT coinvolgere terzi soggetti (interni o esterni all'amministrazione) per le verifiche sui fatti segnalati, è comunque necessario tutelare la riservatezza del segnalante e degli altri soggetti tutelati, anche attraverso l'anonimizzazione dei dati.

Nel caso in cui si renda necessario trasmettere la segnalazione alle Autorità giudiziarie competenti, il RPCT avrà cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce la tutela della riservatezza ai sensi del D.lgs. n. 24/2023, tutelando pertanto la riservatezza dell'identità. Laddove detta identità venga successivamente richiesta dall'Autorità giudiziaria o contabile, il RPCT fornisce tale indicazione, previa notifica al segnalante. L'ANAC ritiene infatti che il segnalante debba essere preventivamente informato della eventualità che la sua segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza della sua identità, potrà essere trasmessa alle Autorità giudiziarie, per i profili di rispettiva competenza.

I suddetti obblighi di riservatezza gravano altresì sugli altri soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione.

Sono tutelate anche l'identità della persona fisica segnalata, ovvero della persona alla quale la violazione è attribuita nella divulgazione pubblica (c.d. persona coinvolta). Pertanto, il titolare del trattamento adotta particolari cautele al fine di evitare la indebita circolazione di informazioni personali, non solo verso l'esterno, ma anche all'interno degli uffici dell'amministrazione in capo, eventualmente, a soggetti non autorizzati al trattamento di tali dati.

Il divieto di ritorsione nei confronti del whistleblower (art. 17 del D.lgs. 24/2023).

Nei confronti del soggetto che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura e nei confronti degli altri soggetti coinvolti, non è consentita alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria intesa come “qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto”.

Esempi di ritorsioni, sebbene non a carattere esaustivo, così come previste dal d.lgs. n. 24/2023, possono essere: il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti; la retrocessione di grado o la mancata promozione; il mutamento di funzioni; il cambiamento del luogo di lavoro; la riduzione dello stipendio; la modifica dell'orario di lavoro; la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa; le note di merito negative o le referenze negative, l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione, anche pecuniaria; la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo; la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole; la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato, laddove il lavoratore avesse una legittima aspettativa a detta conversione; il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine; i danni, anche alla reputazione della persona, in particolare sui social media, o i pregiudizi economici o finanziari, comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi; l'inserimento in elenchi impropri sulla base di un accordo settoriale o industriale formale o informale, che può comportare l'impossibilità per la persona di trovare un'occupazione nel settore o nell'industria in futuro; la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi; l'annullamento di una licenza o di un permesso; la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici. La protezione accordata riguarda le ritorsioni che possono avere luogo nell'ambito del rapporto di lavoro e non anche quelle di altro tipo.

Le condizioni per la tutela sono:

- la convinzione ragionevole che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate o denunciate, siano veritiere e rientranti nell'ambito oggettivo di applicazione della normativa;
- la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto della disciplina prevista dal d.lgs. n. 24/2023;
- la necessità di un rapporto di consequenzialità tra segnalazione, divulgazione e denuncia effettuata e le misure ritorsive subite; non sono sufficienti invece i meri sospetti o le “voci di corridoio”.

L'onere di provare che tali condotte o atti sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla denuncia o alla divulgazione pubblica e dunque non sono misure ritorsive, è a carico di colui che li ha posti in essere.

Tale inversione dell'onere della prova non si applica ai facilitatori, alle persone del medesimo contesto lavorativo, ai colleghi di lavoro, agli enti di proprietà della persona segnalante, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

Il lavoratore che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alle tutele sopra descritte, nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In caso di accertamento delle responsabilità, alla persona è anche irrogata una sanzione disciplinare.

L'adozione di misure ritenute ritorsive, devono essere comunicate in ogni caso all'ANAC oltre dai segnalanti, dai facilitatori, dalle persone del medesimo contesto lavorativo, dai colleghi di lavoro, anche dai soggetti medesimo contesto lavorativo.

È istituito inoltre presso l'ANAC l'elenco degli enti del terzo settore che forniscono alle persone segnalanti misure di sostegno. Le misure di sostegno consistono in informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulle modalità di segnalazione e sulla protezione dalle ritorsioni offerta dalle

disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea, sui diritti della persona coinvolta, nonché sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

La "giusta causa" di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto (art. 20 del D.lgs. 24/2023).

All'insieme di tutele riconosciute al segnalante si deve aggiungere che la rivelazione effettuata dal whistleblower, perseguendo "l'interesse all'integrità della p.a. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle amministrazioni pubbliche e private", è intesa come "giusta causa" di rivelazione, escludendo l'integrazione dei reati di "rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.), "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.), "rivelazione dei segreti scientifici e industriali" (art. 623 c.p.). La rivelazione non integra, inoltre, la violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d'autore, la violazione delle disposizioni relative alla protezione dei dati personali, la violazione delle disposizioni relative alla rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.

Il whistleblower non può essere accusato di violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.).

Affinché l'esclusione delle responsabilità operi nei casi di diffusione di informazioni, devono ricorrere cumulativamente due condizioni:

- fondati motivi, al momento della rilevazione o diffusione delle informazioni, per ritenere che tale rivelazione o diffusione è necessaria per svelare la violazione;
- effettuare la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia nel rispetto delle condizioni che il legislatore ha previsto.

Art. 13 - Pubblicazione

La presente procedura, in uno alla relativa modulistica, nonché l'informativa di cui all'art. 13 del GDPR sono pubblicati sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti".

Parte IV - Le sanzioni

Art.14 - I poteri sanzionatori dell'ANAC

L'ANAC, ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 10 marzo 2023, n.24 applica al responsabile le seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:

- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia commesso ritorsioni;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia ostacolato la segnalazione o abbia tentato di ostacolarla;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia violato l'obbligo di riservatezza di cui all'art. 12 del d.lgs. n. 24/2023. Restano salve le sanzioni applicabili dal Garante per la protezione dei dati personali per i profili di competenza in base alla disciplina in materia di dati personali;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono state adottate procedure per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l'adozione di tali procedure non è conforme a quanto previsto dal decreto; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in tal caso responsabile è considerato il gestore delle segnalazioni;
- da 500 a 2.500 euro, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità civile della persona segnalante per diffamazione o calunnia nei casi di dolo o colpa grave, salvo che la medesima sia stata già condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria.

- MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE
- MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALEZIONE
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE
SEGNALEZIONE DEL WHISTLEBLOWER EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR)



Regione Campania-ASL Caserta
Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta
Direttore Generale

Al RPCT dell'Asl Caserta1

SEGNALEZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023

MODULO A – DATI DEL SEGNALEANTE

Nome del segnalante		
Cognome del Segnalante		
Codice fiscale		
Attuale qualifica di servizio		
Attuale unità organizzativa		
Qualifica di servizio all'epoca del fatto segnalato		
Unità organizzativa all'epoca del fatto segnalato		
Non si è ancora istaurato il rapporto giuridico con l'Azienda in qualità di:		
Si è sciolto il rapporto giuridico in qualità di:		
Telefono		
E-mail		
Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:		
Soggetto	Data della segnalazione	Esito della Segnalazione
Se no, segnalare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti:		
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.		
Data	Firma del segnalante	

1 Nel caso in cui la segnalazione riguardi il RPCT, la segnalazione va inviata direttamente all'ANAC



Regione Campania-ASL Caserta
Via Unità Italiana n.28 – 81100 Caserta
Direttore Generale - Dr. Amedeo Blasotti

Al RPCT dell'Asl Caserta (x)

SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023
MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE

Ente in cui si è verificato il fatto	
Periodo in cui si è verificato il fatto	
Data in cui si è verificato il fatto	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto	
Soggetto che ha commesso il fatto nome, cognome, qualifica. È possibile inserire anche più nomi.	
Eventuali soggetti privati coinvolti	
Eventuali imprese coinvolte	
Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto	
Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto: nome, cognome, qualifica, recapiti.	
Area a cui può essere riferito il fatto	
Settore cui può essere riferito il fatto	
Descrizione del fatto:	
La condotta è illecita perché:	
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.	
Data	Firma del segnalante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE
SEGNALAZIONE DEL WHISTLEBLOWER
EX ART. 13 REG. UE 2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

Il Regolamento UE 679/2016 ("GDPR") e la vigente normativa italiana di riferimento regolano la protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza ed impone una serie di obblighi in capo a chi tratta informazioni riferite ad altri soggetti.

Nel rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 13 GDPR sulla necessità di informare gli interessati e fornire le informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente dei dati personali, si fornisce la presente informativa. Il Titolare si riserva il diritto di apportarvi modifiche in qualsiasi momento, dandone informazione agli interessati sul proprio sito web

Definizioni

Il GDPR intende come **"dati personali"**, qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il GDPR intende come **"categorie particolari di dati personali"**, quelli idonei a rivelare: lo stato di salute, l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose e filosofiche, l'appartenenza sindacale, o quelli relativi a dati genetici, biometrici, alla vita sessuale, all'orientamento sessuale della persona o dati giudiziari.

Il GDPR intende come **"trattamento"**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, con sede in Caserta, nella persona del Direttore Generale e legale rappresentate pro tempore. I recapiti del Titolare sono i seguenti:

Azienda Sanitaria Locale di Caserta – Asl di Caserta
Via Unità Italiana, 28 – 80100 Caserta (CE)
protocollo@pec.aslcaserta.it. – privacy@aslcaserta.it.

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito istituzionale: www.aslcaserta.it/privacy/.

Data protection officer

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (anche noto come Data Protection Officer, "DPO") è stato designato dal Titolare ed è contattabile ai seguenti indirizzi: dpo@aslcaserta.it.

Base giuridica del trattamento

I dati personali sono trattati dal Titolare in osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 24/2023, attraverso personale aziendale competente, nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, con particolare riferimento alle attività connesse alla gestione delle segnalazioni ed accertare eventuali illeciti denunciati nell'interesse dell'integrità dell'Azienda (attività di whistleblowing). Il trattamento dei dati personali per le attività di whistleblowing avviene attraverso un canale di segnalazione interno gestito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è da considerarsi lecito in base agli articoli del GDPR seguenti:

- Obbligo legale (art. 6 par. 1 lett. c));
- Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e));
- Obblighi in materia di diritto del lavoro (art. 9 par. 2 lett. b));
- Interesse pubblico generale (art. 9 par. 2 lett. g));
- Dati relativi a condanne penali e reati (art. 10).

Tipologia di dati trattati e finalità del trattamento

Sono trattati i dati identificativi e particolari del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché i dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione, al fine di rappresentare le presunte condotte illecite delle quali il segnalante sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di servizio con il Titolare commesse dai soggetti che a vario titolo interagiscono con il medesimo.

La tutela dei dati personali va assicurata non solo alla persona segnalante o denunciante ma anche agli altri soggetti cui si applica la tutela della riservatezza, quali il facilitatore, la persona coinvolta e la persona menzionata nella segnalazione in quanto "interessati" dal trattamento dei dati.

Modalità di trattamento e conservazione

I dati saranno trattati esclusivamente da parte del personale istruito ed autorizzato, che ne abbia disponibilità a causa della propria mansione o posizione gerarchica nell'ambito della unità organizzativa competente nel pieno rispetto della normativa europea e nazionale richiamata, tenendo in dovuta considerazione il principio di minimizzazione del dato. Il trattamento dei dati personali

avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma manuale e/o automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR.

I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, ovvero per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione

Destinatari del trattamento

Sono destinatari dei dati raccolti a seguito della segnalazione, se del caso, l'ANAC e le eventuali ulteriori autorità competenti.

I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

Diritti dell'interessato

Per esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 a 22 del GDPR, l'interessato potrà rivolgersi all'Azienda, presentando istanza al protocollo generale. L'interessato ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che lo riguardano. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti, la revoca del consenso prestato, la portabilità dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà altresì formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei dati nella quale dare evidenza delle ragioni che giustificano l'opposizione. L'Azienda ha, per legge, un termine di un mese per il riscontro delle richieste.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito, salvo eventuali costi per la riproduzione. La relativa modulistica è disponibile on line all'indirizzo www.aslcaserta.it/privacy/.

L'Azienda ha il diritto di chiedere informazioni necessarie al fine dell'identificazione del richiedente.

È fatta salva la possibilità di proporre reclamo all'Autorità di controllo ai sensi dell'art. 77 GDPR o ricorso all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 140-bis del Codice in materia di protezione dati personali, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018.

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non può esercitare – per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata – i diritti di cui sopra che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati, nella misura in cui dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali

Data

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

4.13 La programmazione dell'attuazione della trasparenza e dell'accesso civico

4.13.1 Trasparenza, valore pubblico e quadro di riferimento normativo

Il ruolo di primo piano attribuito dal legislatore alla trasparenza si arricchisce, a seguito dell'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), del riconoscimento del suo contributo diretto alla protezione e alla creazione di valore pubblico. La trasparenza favorisce, infatti, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione, delle attività e delle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche, consentendo a cittadini, utenti e stakeholder – interni ed esterni – di esercitare forme di controllo diffuso sull'azione amministrativa e di rafforzare il rapporto fiduciario con l'Amministrazione.

In tale contesto, la Sezione Trasparenza del PIAO 2026–2028 dell'ASL Caserta costituisce lo strumento di programmazione attraverso il quale l'Azienda assicura l'attuazione coordinata degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33/2013, nonché l'integrazione della trasparenza con le politiche di prevenzione della corruzione, di performance, di digitalizzazione e di organizzazione.

Gli obblighi di pubblicazione saranno progressivamente adeguati alle più recenti indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, con particolare riferimento alla **Delibera ANAC n. 481 del dicembre 2025, che integra e modifica la Delibera n. 495 del 25 settembre 2025**, ridefinendo criteri, contenuti e modalità di pubblicazione in un'ottica di maggiore qualità, omogeneità e fruibilità delle informazioni.

In coerenza con tale percorso evolutivo, l'ASL Caserta intende aderire alla sperimentazione per l'adozione dei nuovi schemi di pubblicazione di cui alla **Delibera ANAC n. 497 del 3 dicembre 2025**, finalizzata a favorire modelli standardizzati, semplificati e orientati all'utente, anche attraverso un maggiore ricorso alla digitalizzazione e all'automazione dei flussi informativi. L'adesione alla sperimentazione costituisce una misura organizzativa volta a migliorare la qualità della sezione *Amministrazione Trasparente* e a ridurre il rischio di disomogeneità applicative.

Attraverso la pubblicazione obbligatoria delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, la trasparenza si conferma, inoltre, quale strumento essenziale di prevenzione della corruzione, concorrendo all'attuazione dei principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà dell'azione amministrativa.

L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nella **Tabella di cui all'Allegato 1 del presente PIAO**, che costituisce parte integrante della Sezione Rischi corruttivi e trasparenza.

Qualora un obbligo di pubblicazione non risulti applicabile all'Azienda, viene inserita, nelle sottosezioni di primo e/o di secondo livello della sezione *Amministrazione Trasparente*, una **specificazione indicativa esplicativa** recante la dicitura:

"L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'Amministrazione", al fine di assicurare chiarezza, trasparenza e correttezza informativa.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Per favorire la creazione di valore pubblico e rafforzare la fiducia dei cittadini, l'ASL Caserta individua i seguenti obiettivi strategici, che integrano la trasparenza con le altre dimensioni del PIAO:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei, nazionali e regionali, con particolare riferimento al PNRR, al PNES e al FESR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna, a partire dal Codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi;
- promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice, assicurando trasparenza e imparzialità nei processi di valutazione;
- incremento dei livelli di trasparenza, accessibilità e comprensibilità delle informazioni per gli stakeholder interni ed esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi finalizzati alla pubblicazione dei dati nella sezione *Amministrazione Trasparente*;
- rafforzamento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione interna ed esterna;
- digitalizzazione delle attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla definizione delle strategie di prevenzione;
- incremento della formazione in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione e regole di comportamento;
- digitalizzazione del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche, anche attraverso reti territoriali di RPCT;
- consolidamento di un sistema di indicatori per il monitoraggio della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO;

- integrazione tra il sistema di monitoraggio della Sezione Anticorruzione e Trasparenza e gli altri sistemi di controllo interno;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità esterna dei dati pubblicati;
- rafforzamento delle misure di prevenzione e trasparenza con riferimento alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- progressiva introduzione dei principi E.S.G. (Environmental, Social, Governance) nell'ambito delle attività aziendali.

Obiettivi strategici e operativi di trasparenza (triennio 2026–2028)

Gli obiettivi strategici dell'ASL Caserta in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di un'Amministrazione aperta, accessibile e orientata al cittadino, attraverso una migliore fruibilità delle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati.

In particolare, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- trasferimento e riorganizzazione delle informazioni già presenti sul sito istituzionale nelle corrette sezioni di *Amministrazione Trasparente*, previa analisi dell'esistente, al fine di migliorare chiarezza, fruibilità e aggiornamento dei dati;
- implementazione di ulteriori misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso e all'utilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- massima tracciabilità e trasparenza nell'utilizzo delle risorse finanziarie;
- piena attuazione degli obblighi di trasparenza derivanti dal d.lgs. n. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici);
- garanzia di un'adeguata informazione sui servizi resi, sulle modalità di erogazione e sulle caratteristiche qualitative e quantitative;
- incremento delle misure di automatismo nella pubblicazione dei dati e dei documenti;
- rafforzamento del controllo diffuso sulla performance aziendale.

Obiettivi operativi di breve periodo

Nel breve periodo, l'Azienda si propone di:

- aumentare il flusso informativo interno, anche attraverso il potenziamento del sito istituzionale e delle comunicazioni interne;
- effettuare una ricognizione delle banche dati e degli applicativi in uso, al fine di individuare ulteriori possibilità di produzione e pubblicazione automatica delle informazioni.

Soggetti responsabili dell'attuazione delle misure di trasparenza

L'attuazione delle misure di trasparenza costituisce una responsabilità condivisa che coinvolge, secondo un modello multilivello, i diversi soggetti dell'organizzazione aziendale, in coerenza con il d.lgs. n. 33/2013, con il d.lgs. n. 97/2016, con il Piano Nazionale Anticorruzione 2025 e con l'impostazione integrata del PIAO.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) coordina gli interventi e le azioni in materia di trasparenza e svolge attività di vigilanza e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, assicurando il raccordo tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance.

In particolare, il RPCT:

- coordina l'attuazione della Sezione Trasparenza del PIAO;
- monitora la regolare pubblicazione dei dati e documenti nella sezione *Amministrazione Trasparente*, con attenzione alla completezza, aggiornamento, qualità e fruibilità delle informazioni;
- segnala gli esiti dei controlli all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- assicura, in raccordo con i dirigenti competenti, la corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- a seguito della pubblicazione dell'attestazione annuale dell'OIV e della relativa trasmissione ad ANAC, promuove e adotta le azioni correttive necessarie per superare le criticità rilevate, implementando le misure di trasparenza già adottate o individuandone di ulteriori, anche al fine di migliorare la rappresentazione dei dati e renderli maggiormente comprensibili e accessibili.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione svolge un ruolo fondamentale nel sistema della trasparenza, in quanto contribuisce alla creazione di valore pubblico e al rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione.

In particolare, l'OIV:

- attesta annualmente lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni e le griglie di rilevazione definite da ANAC;
- non si limita a verificare la mera presenza o assenza dei dati nella sezione *Amministrazione Trasparente*, ma valuta anche profili qualitativi, quali:
 - o completezza delle informazioni;
 - o copertura di tutti gli uffici e ambiti previsti;
 - o aggiornamento dei dati;
 - o utilizzo di formati aperti ed elaborabili;
- tiene conto degli esiti delle verifiche nell'ambito della validazione della performance e ne riferisce all'ANAC secondo le modalità previste.

Dirigenti aziendali

I Dirigenti aziendali sono responsabili, per la parte di rispettiva competenza, dell'individuazione dei contenuti da pubblicare e della corretta attuazione delle misure di trasparenza previste dal PIAO.

In attuazione del d.lgs. n. 97/2016, i dirigenti:

- garantiscono il regolare flusso delle informazioni verso la sezione *Amministrazione Trasparente*;
- assicurano il rispetto dei termini di pubblicazione stabiliti dalla normativa;
- collaborano con il RPCT per il miglioramento della qualità e dell'aggiornamento dei dati.

Il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione costituisce illecito disciplinare, ferma restando l'applicazione delle ulteriori conseguenze e sanzioni previste dalla normativa vigente.

Stakeholder interni ed esterni

La trasparenza ha una valenza trasversale e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda, sia in qualità di produttori e detentori delle informazioni, sia come fruitori delle stesse.

L'ASL Caserta riconosce il ruolo degli stakeholder quali:

- dipendenti e dirigenti;
- organizzazioni sindacali del comparto, della dirigenza e del personale convenzionato;

- cittadini, associazioni dei consumatori e del volontariato;
- operatori economici, imprese e altri soggetti portatori di interesse.

L'Azienda si impegna a favorire il coinvolgimento attivo degli stakeholder al fine di individuare le esigenze informative e migliorare la selezione e la qualità dei dati pubblicati, promuovendo la cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità.

Il coinvolgimento degli stakeholder avviene attraverso:

- modalità indirette, quali segnalazioni pervenute tramite posta elettronica, Ufficio Relazioni con il Pubblico e informazioni acquisite tramite i media;
- modalità dirette, mediante:
 - o l'invio di comunicazioni all'indirizzo urpfrontoffice@aslcaserta.it;
 - o l'utilizzo di una casella dedicata alla trasparenza (trasparenza@aslcaserta.it) per la raccolta di suggerimenti, proposte di miglioramento, reclami o segnalazioni relative alla qualità, completezza e tempestività delle informazioni pubblicate.

Partecipazione al processo di programmazione

Il processo di adozione e aggiornamento della Sezione Trasparenza del PIAO prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti aziendali interessati e la partecipazione degli stakeholder interni ed esterni.

A tal fine, prima dell'approvazione del PIAO o dei suoi aggiornamenti:

- è pubblicato sul sito istituzionale un apposito avviso di consultazione;
- sono raccolti suggerimenti e osservazioni utili al miglioramento delle misure di trasparenza.

Sulla base dei contributi pervenuti, il RPCT elabora la proposta finale della Sezione Trasparenza del PIAO, che viene condivisa con la Direzione aziendale prima della formale approvazione.

Responsabilità in materia di trasparenza e impatti sulla Performance.

In base all'art. 1, comma 3, del d.lgs. n. 33 del 2013, gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) erogate dalle pubbliche amministrazioni ai fini della trasparenza, della prevenzione e del contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. m), della Costituzione.

L'attuazione degli obblighi di trasparenza costituisce, pertanto, un obiettivo trasversale e strategico, comune a tutte le strutture aziendali, rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni organizzative e della performance individuale dei dirigenti, in coerenza con l'impostazione integrata del PIAO.

Nel sistema delineato dal d.lgs. n. 33 del 2013, le responsabilità in materia di trasparenza sono attribuite non solo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), ma anche ai dirigenti responsabili, quali soggetti tenuti alla elaborazione, trasmissione e correttezza dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione.

In particolare, l'art. 10 del d.lgs. n. 33 del 2013 prevede che l'amministrazione individui, nell'ambito della pianificazione anticorruzione e trasparenza – oggi confluita nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO – i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, anche mediante la mappatura degli obblighi di pubblicazione.

Ai sensi dell'art. 43, comma 3, del medesimo decreto, i dirigenti responsabili sono tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, al fine di assicurare il rispetto dei termini stabiliti dalla normativa vigente.

A seguito delle modifiche introdotte dal d.lgs. n. 97 del 2016, la responsabilità dirigenziale si estende anche al controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, semplice e generalizzato, atteso il ruolo centrale di tale istituto nel sistema della trasparenza e del controllo diffuso.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, nonché il rifiuto, il differimento o la limitazione dell'accesso civico, costituisce, ai sensi dell'art. 46 del d.lgs. n. 33 del 2013:

- elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- possibile causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione;
- fattore rilevante ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale.

L'inadempimento non è sanzionabile esclusivamente nei casi in cui sia fornita adeguata prova che il fatto derivi da causa non imputabile al soggetto responsabile.

Il RPCT, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza, è tenuto a segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità:

- all'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- al vertice aziendale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai fini dell'attivazione delle ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

È prevista una specifica responsabilità in caso di mancata pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e consulenza di cui all'art. 15 del d.lgs. n. 33 del 2013. In particolare, la mancata pubblicazione degli estremi dell'atto di conferimento, del soggetto percettore, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato comporta, in caso di avvenuto pagamento del corrispettivo, la responsabilità del dirigente che ha disposto il pagamento, qualora accertata con procedimento disciplinare, nonché l'applicazione di una sanzione pari alla somma corrisposta, fatto salvo l'eventuale risarcimento del danno in favore dell'amministrazione (art. 15, comma 3).

Ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. n. 33 del 2013, l'ANAC può ordinare all'amministrazione di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti o informazioni. La mancata pubblicazione entro il termine assegnato costituisce illecito disciplinare a carico del responsabile della pubblicazione o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Le disposizioni in materia di responsabilità devono essere lette in coordinamento con quanto previsto dalla legge n. 241 del 1990 in relazione ai responsabili del procedimento, anche non dirigenti. Le pubblicazioni previste dal d.lgs. n. 33 del 2013 costituiscono infatti parte integrante del procedimento amministrativo e rientrano tra i compiti del responsabile del procedimento o del soggetto titolare del potere sostitutivo, il quale, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. d), della legge n. 241 del 1990, cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste dalle leggi e dai regolamenti.

Indicazioni per la trasparenza delle misure PNRR – Sezione “Attuazione Misure PNRR”

In coerenza con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione e, in particolare, con le raccomandazioni formulate da ANAC, l'ASL di Caserta assicura specifici livelli di trasparenza in relazione alle misure e agli interventi finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di garantire una conoscibilità chiara, comprensibile e tempestiva delle attività realizzate e degli obiettivi perseguiti sul territorio.

In tale quadro, si richiamano le disposizioni contenute nel documento *“Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR”*,

allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022 del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, che ha previsto specifici obblighi di trasparenza e iniziative in materia di comunicazione e informazione, nonché ulteriori obblighi di pubblicazione relativi agli interventi finanziati dal PNRR.

Al fine di supportare le amministrazioni nell'assicurare modalità di accesso standardizzate, immediate e aggiornate alle informazioni sullo stato di attuazione delle misure PNRR, il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha predisposto appositi layout di pagina da adottare sui siti istituzionali, nel rispetto degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013.

In particolare, sono previsti:

- una pagina di primo livello denominata “*Attuazione Misure PNRR*”, nella quale pubblicare l'elenco dei progetti dell'Ente finanziati dal PNRR, articolati per Missione;
- un template di pagina dedicato al singolo “Progetto PNRR”, strutturato per presentare in modo chiaro e accessibile tutte le informazioni rilevanti relative a ciascun intervento finanziato.

Le informazioni pubblicate nelle suddette sezioni sono oggetto di aggiornamento tempestivo e continuo, in relazione allo stato di avanzamento degli interventi e agli obblighi informativi previsti.

Laddove gli atti, i dati e le informazioni relativi al PNRR rientrano tra quelli soggetti a obbligo di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013, gli obblighi di trasparenza si intendono assolti mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di “Amministrazione trasparente”, di un collegamento ipertestuale che rinvia alla sezione dedicata all'*Attuazione delle misure PNRR*, assicurando in tal modo coerenza, completezza e non duplicazione delle informazioni.

4.13.2 Procedura per la pubblicazione dei dati

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nella sezione “**Amministrazione trasparente**” del sito istituzionale dell'ASL di Caserta è effettuata in conformità alle disposizioni del **d.lgs. n. 33 del 2013** e ss.mm.ii., nonché nel rispetto delle indicazioni operative fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, da ultimo aggiornate con la **Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025** e con la **Delibera ANAC n. 497 del 3 dicembre 2025**, cui l'Azienda intende aderire anche nell'ambito della sperimentazione dei nuovi schemi di pubblicazione (All. 4 Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013 come modificate dalla delibera n. 481 del 3 dicembre 2025).

Tenuto conto della complessità organizzativa dell'Azienda sanitaria e della marcata settorializzazione delle funzioni, l'attuazione degli obblighi di trasparenza richiede il coinvolgimento coordinato della quasi totalità delle strutture aziendali, secondo un modello organizzativo fondato sulla chiara individuazione delle responsabilità nelle diverse fasi del flusso informativo.

Ambito oggettivo e quadro di riferimento

I dati oggetto di pubblicazione sono quelli previsti dalla normativa vigente e analiticamente indicati nella Tabella di cui all'Allegato 1 del presente PIAO, aggiornata sulla base delle modifiche e integrazioni introdotte dalle citate deliberazioni ANAC.

La Tabella costituisce lo strumento operativo di riferimento e individua, per ciascun obbligo di pubblicazione:

- il contenuto informativo richiesto;

- il riferimento normativo;
- la tempistica di pubblicazione e aggiornamento;
- i Responsabili della trasmissione, ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013.

Requisiti di qualità del dato

singoli referenti (Dirigenti) delle Strutture devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

La pubblicazione è preceduta e accompagnata dal rispetto dei **requisiti di qualità del dato**, come definiti dalle istruzioni operative ANAC, che richiedono che i dati siano:

- **integri e completi**, riferiti a tutte le strutture interessate;
- **esatti, accurati e conformi** ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione;
- **tempestivi e costantemente aggiornati**;
- **chiari, comprensibili e omogenei** rispetto al contesto informativo aziendale;
- **facilmente accessibili, consultabili e riutilizzabili**, in formato aperto;
- pubblicati nel rispetto della **normativa in materia di protezione dei dati personali**.

Le amministrazioni non possono adottare soluzioni tecniche che impediscano l'indicizzazione dei contenuti da parte dei motori di ricerca, garantendo così la piena accessibilità delle informazioni pubblicate.

Tab. 123 : Comprensibilità dei dati

<i>Caratteristica dati</i>	<i>Note esplicative</i>
Completi ed Accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: • evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; • selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

Validazione dei dati

La **validazione** costituisce presupposto necessario per la pubblicazione ed è finalizzata ad assicurare la conformità dei dati ai requisiti di qualità.

La validazione è svolta, di norma, dal **dirigente o responsabile della struttura che elabora il dato**, in quanto soggetto dotato delle competenze necessarie e della piena conoscenza del contenuto informativo.

Qualora emergano difformità:

- lievi, il dato può essere pubblicato provvisoriamente e successivamente aggiornato;
- rilevanti, il dato non è pubblicabile e la criticità è segnalata dal RPCT, che ne tiene conto nell'attività di monitoraggio.

Organizzazione dei flussi e ruoli interni

All'interno dell'Azienda, il **Responsabile della Trasparenza (RT)** svolge funzioni di regia, coordinamento e monitoraggio delle attività di pubblicazione, senza sostituirsi ai responsabili delle strutture competenti.

Il coordinamento avviene attraverso:

- comunicazioni e disposizioni operative;
- organizzazione di gruppi di lavoro;
- altre modalità ritenute idonee all'esercizio delle funzioni di coordinamento.

Le **deliberazioni aziendali e le determinazioni dirigenziali** sono pubblicate automaticamente nella sezione "Amministrazione trasparente" tramite il collegamento con l'Albo Pretorio.

Per i **curricula e le dichiarazioni sostitutive** è attiva una piattaforma dedicata, accessibile tramite il Portale del Dipendente, che consente il caricamento diretto da parte dei dirigenti. La **UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy**, a seguito di un controllo formale, provvede alla pubblicazione.

Tutti gli altri dati e documenti sono caricati dalla medesima UOC, previa trasmissione da parte della struttura competente, che resta **responsabile della correttezza, completezza e tempestività** del contenuto.

Responsabilità dei dirigenti e dei referenti

I **Direttori e Dirigenti delle strutture aziendali**, individuati nella Tabella allegata (All. 1), operano quali **Referenti** e, ai sensi dell'art. 43, comma 3, del d.lgs. n. 33/2013:

- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni;
- controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico;
- curano l'aggiornamento dei dati nei termini di legge.

Ogni Direttore di U.O. dell'Azienda, in qualità di "Fonte", è responsabile della pubblicazione dei documenti.

La data di pubblicazione e di aggiornamento deve essere sempre indicata, distinguendo tra prima pubblicazione e successivi aggiornamenti, secondo quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 1310/2016.

Controlli, monitoraggio e meccanismi di correzione

Il RPCT svolge un'attività di monitoraggio costante sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Nel corso di tale attività, il RPCT evidenzia e segnala ai soggetti responsabili eventuali carenze, mancanze, ritardi o incoerenze riscontrate nella pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti.

I soggetti responsabili sono tenuti a sanare le inadempienze entro e non oltre 15 giorni dalla data della segnalazione.

Decorso inutilmente tale termine, il RPCT provvede a darne comunicazione all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai fini dell'attivazione delle ulteriori verifiche e delle conseguenze previste dall'ordinamento.

In caso di mancata o non corretta pubblicazione, infatti, sono attivati i meccanismi di garanzia e correzione, che prevedono:

- l'intervento del RPCT;
- il coinvolgimento dell'OIV;
- l'eventuale intervento dell'organo di indirizzo;
- la segnalazione ad ANAC nei casi previsti.

All'OIV spetta il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza e integrità, secondo le modalità e le tempistiche definite annualmente dall'ANAC.

Il documento di attestazione è predisposto avvalendosi della collaborazione del RPCT, che fornisce all'OIV tutte le informazioni necessarie per la verifica dell'effettività, completezza, aggiornamento e qualità dei dati pubblicati.

L'attività di controllo interno assume, in tale contesto, un rilievo strategico quale strumento essenziale per il rafforzamento del sistema di prevenzione del rischio di corruzione e per il miglioramento complessivo dell'azione amministrativa.

Attestazioni periodiche dei responsabili delle strutture

Per garantire una corretta e sistematica attuazione degli obblighi di pubblicazione, è richiesto ai responsabili delle strutture aziendali di attestare periodicamente l'avvenuta verifica e il rispetto degli obblighi di trasparenza di competenza, ivi compresa la pubblicazione degli atti relativi alle misure finanziate dal PNRR, dal PNES e dal POR Campania – FESR, secondo specifici format e tempistiche definite dall'Azienda.

Le attestazioni devono essere restituite debitamente sottoscritte e protocollate secondo il seguente calendario:

Tab. 124

Attività	Soggetto responsabile	Tempistica
Attestazione di verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione – 1° semestre	Direttori di Struttura	Verifica al 30 giugno – Trasmissione entro il 10 luglio
Attestazione di verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione – 2° semestre	Direttori di Struttura	Verifica al 31 dicembre – Trasmissione entro il 10 gennaio
Attestazione di avvenuta pubblicazione degli atti relativi a PNRR / POR-FESR / PNES	Direttori di Struttura e Dirigenti dei settori interessati	Entro il 15 dicembre 2026

L'accesso civico semplice costituisce esso stesso uno strumento di garanzia, attivabile da chiunque.

Principio di adeguatezza organizzativa

Resta fermo che l'ASL di Caserta, nel rispetto delle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013, adotta le soluzioni organizzative ritenute più idonee in relazione alle proprie caratteristiche strutturali. ANAC, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e sanzione, tiene conto di quanto programmato nella sezione Trasparenza del PIAO, con riferimento sia ai soggetti responsabili delle diverse fasi del flusso informativo sia alle scadenze di pubblicazione indicate.

Fig. 130



Aggiornamento sullo stato di attuazione

I contenuti del Programma della Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sia dello stato di attuazione che di eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.

Fruibilità dei dati

In conformità alle raccomandazioni formulate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nel Piano Nazionale Anticorruzione vigente, l'ASL di Caserta assicura la piena fruibilità dei contenuti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente da parte di tutti gli utenti, **includere le persone con disabilità visive, motorie o cognitive**, nel rispetto delle indicazioni e delle linee guida emanate da AGID in materia di accessibilità e usabilità dei siti web delle pubbliche amministrazioni.

L'accesso alla sezione Amministrazione Trasparente è garantito in modo diretto e immediato dal sito istituzionale, senza passaggi intermedi, al fine di agevolare la consultazione delle informazioni e favorire il controllo diffuso sull'azione amministrativa.

Accesso civico

In conformità al d.lgs. n. 33/2013 e alle indicazioni fornite dall'ANAC con la deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, nonché dalla Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2017, l'ASL di Caserta ha istituito il **Registro degli accessi**, pubblicato nella sezione del sito istituzionale **"Amministrazione trasparente" – "Altri contenuti" – "Accesso civico"**.

Il Registro degli accessi, pubblicato in **formato aperto**, consente di tracciare in modo trasparente e ordinato tutte le istanze di accesso civico semplice e generalizzato pervenute all'Azienda, riportandone gli elementi essenziali – oggetto della richiesta, data di presentazione, struttura competente, esito e sintesi della decisione – nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

La pubblicazione del Registro rappresenta uno strumento di semplificazione e di trasparenza sostanziale, in quanto permette ai cittadini di conoscere le tipologie di richieste presentate e le modalità con cui l'Amministrazione vi ha dato seguito, favorendo al contempo il monitoraggio interno e quello esercitato dall'ANAC sull'attuazione dell'istituto dell'accesso civico.

Nella medesima sottosezione del sito istituzionale sono rese disponibili tutte le informazioni utili per l'esercizio del diritto di accesso, inclusi i riferimenti normativi, le indicazioni operative e la modulistica aggiornata. Attraverso tali strumenti, l'ASL di Caserta intende agevolare la presentazione delle istanze e assicurare una gestione uniforme, tempestiva e trasparente delle richieste, rafforzando il rapporto di fiducia tra amministrazione e cittadini.



Fig. 131

Nel corso del 2025 la sezione è stata ulteriormente **arricchita di nuovi contenuti**, con l'obiettivo di favorire una maggiore comprensione, da parte dei cittadini, delle politiche aziendali di prevenzione della corruzione e di mettere a disposizione strumenti concreti di interazione con l'Amministrazione.

In particolare, la sottosezione dedicata all'**accesso civico** è stata ampliata attraverso l'inserimento di informazioni e riferimenti relativi anche all'**accesso documentale**, al fine di offrire un quadro unitario e facilmente consultabile delle diverse tipologie di accesso previste dall'ordinamento.

Con riferimento all'**accesso civico generalizzato**, l'Azienda ha adottato un approccio orientato alla massima trasparenza sostanziale: l'Amministrazione, infatti, non si limita alla mera tracciabilità delle istanze pervenute, ma provvede, ove possibile, a pubblicare contestualmente anche i dati e i documenti rilasciati. In tal modo, le informazioni fornite al singolo richiedente diventano patrimonio conoscitivo comune, liberamente consultabile dall'intera collettività attraverso il collegamento reso disponibile nel Registro degli accessi.

Tipologia di Accesso	Data di protocollazione e/o ingresso dell'istanza di accesso	N.ro Protocollo in arrivo	Oggetto dell'istanza	Servizio destinatario (del dato o documento o informazione)	Data di protocollazione in uscita del documento all'istanza	N.ro Protocollo in uscita	Modalità esiti/risposta	Presenza motivazione scritta
Accesso Civico Generalizzato	05/03/2025	PEC	Dati relativi al suicidio medicalmente assistito	PP-00. E Dipartimento Salute Mentale	07/04/2025	0012400/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	06/03/2025	PEC	Tracce prova orale concorso (anno 2024 e 2018)	UOC Gestione Risorse Umane	10/03/2025	0043490/GRU	Registato	No
Accesso Civico Generalizzato	15/04/2025	2025_9999_100161.ENCL	Numero totale di casi documentati di contaminazione mercurica, per anno, dal 2017 al 2025	RSA (Residenza Socio Assistenziale) ATL Caserta	06/05/2025	0116080/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	13/06/2025	0145813/APRIM	Richiesta pubblicazione online del documento "MIO" (2)	UOC Controllo Interno di Gestione	17/06/2025	0148917/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	16/06/2025	147150/PEC	Rollio delle Centrali Operative Territoriali (COT)	Direzione Sanitaria	25/07/2025	182535	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	19/06/2025	PEC Protocollo	Richiesta dati per ricerca Dipendente Patologiche con riguardo al giorno d'assunzione	UOC Dipendenze Patologiche	10/07/2025	0170923/DIP.COMP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	01/07/2025	PEC Protocollo	Richiesta in dotazione, video-prova filmato "senza preavviso attivo" "Sensibilizzazione" e "Chiusura" (2024), indicazione esatta della struttura ad hoc per la gestione sanitaria della Colazione, attività, e "Sensibilizzazione" post-azione. Video di registrazione	UOC Controllo Interno di Gestione	30/07/2025	0185834/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	15/07/2025	PEC Protocollo	Richiesta documenti sanitari, nazionali	Richiesta stato dell'arte sull'attuazione Decreto Ministeriale 77 inerente la Medicina Territoriale	01/09/2025	0206120/A.C. TRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	21/07/2025	PEC Protocollo	Richiesta su informazioni estracomunitari aziende	UOC Gestione Risorse Umane	01/07/2025	0184044/GRU	Accolto	No
Accesso Civico Semplice	02/08/2025	PEC Protocollo	Elenco di tutti i protocolli, la lista dei documenti all'accesso della lista archivio informazioni, anno 2025	UOSD CUP/Lista di attesa	29/08/2025	0202147/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	05/08/2025	PEC Protocollo	Richiesta dei dati statistici su interventi 118 e viaggi pre ospedali - Accesso civico generalizzato	UOC Centrale Operativa 118	27/08/2025	200774/C.O. 118	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	09/08/2025	PEC Protocollo	Accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5, comma 3, del D.lgs. 30/2013	UOSD Coordinamento NNPIA	23/09/2025	222516/A.CTRASP	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	29/08/2025	0302625/PEC	Documenti vari in possesso del Dipartimento di Prevenzione	D.O.P.C. DI IS	06/10/2025	23648/DOPC1530	Accolto	No
Accesso Civico Generalizzato	09/09/2025	110995/PEC	Numero Parti anno 2024 PPOO di Sessa Aurunca e di Pardiniote Matese, dalla Casa di cura "Villa Fiorita" e "Punta Grande (Monte)"	UOC Controllo Interno di Gestione	01/10/2025	0129028/A.CTRASP	Accolto	No

Fig. 132

Nel corso dell'anno 2025 sono pervenute complessivamente **n. 14 istanze di accesso**, di cui **n. 13 richieste di accesso civico generalizzato** e **n. 1 richiesta di accesso civico semplice**. Le istanze hanno interessato diverse strutture aziendali, tra cui il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, il Dipartimento di Prevenzione, la UOC Gestione Risorse Umane, la UOC Controllo di Gestione e Flussi Informativi, il Dipartimento Farmaceutico, il Coordinamento NNPIA, la UOSD CUP – Liste di attesa e la Direzione Sanitaria.

Ai fini del corretto adempimento degli obblighi di trasparenza e della completa alimentazione del Registro degli accessi, tutte le strutture aziendali sono invitate, con cadenza semestrale, a trasmettere le informazioni relative alle istanze di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato pervenute e gestite nel periodo di riferimento.

4.13.3 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione,

contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art.117 secondo comma *lett. m)* della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Nel d.lgs. n. 33 del 2013 **le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili, che sono "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati.** Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (nella mappa degli obblighi di pubblicazione). Per quanto **riguarda i dirigenti responsabili, in base all'art. 43, comma 3, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.**

Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, **ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico**, attese le rilevanti finalità dell'istituto. **L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione** (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) **costituisce**, ai sensi dell'art. 46, **elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale.** L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. **Il Responsabile della trasparenza deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.** Il Responsabile deve segnalare gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità. È prevista una specifica responsabilità nel caso di mancata pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e consulenza di cui all'art. 15, comma 2, (estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, soggetto percettore, ragione dell'incarico e ammontare erogato): la mancata pubblicazione comporta, nel caso di pagamento del corrispettivo, la responsabilità del dirigente che l'ha disposto, se accertata con procedimento disciplinare e il pagamento di una sanzione pari alla somma corrisposta, fatto salvo l'eventuale risarcimento del danno del destinatario (art. 15, comma 3).

Infine, ai sensi dell'art. 45, l'ANAC può ordinare di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013; la mancata pubblicazione entro il termine previsto costituisce illecito disciplinare a carico del responsabile della pubblicazione o del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni. Le norme sulla responsabilità vanno integrate con quanto previsto dalla legge n. 241 del 1990 in ordine ai responsabili di procedimento, anche non dirigenti: le pubblicazioni di cui al d.lgs. n. 33 del 2013 costituiscono parte del procedimento amministrativo e rientrano tra i compiti del responsabile di procedimento (ovvero del soggetto titolare del potere sostitutivo) il quale, ai sensi del co.1 lett. d) dell'art. 6 della legge n.241 del 1990, "cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste da leggi e dai regolamenti".

4.13.4 Dati da pubblicare

L'ASL di Caserta pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016. Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie, ma ritenute utili per il cittadino. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nelle Tabelle degli Allegati 1 e 2 del presente PIAO.

Nel 2026 si procederà ad implementare la sezione Amministrazione Trasparente come da indicazioni fornite da **ANAC**.

4.13.5 Rimozione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che *“i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti”*.

In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva. Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7-bis comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5-bis (esclusioni e limiti all'accesso civico).

Secondo quanto indicato nella tabella All.1 i soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

Al fine di semplificare e standardizzare le attività legate alla rimozione dei dati, ma anche in un'ottica di maggior trasparenza, si ritiene opportuno adottare, con la collaborazione del DPO, degli indirizzi operativi in ordine alle modalità di rimozione dei dati.

Considerata la rilevanza esterna dei Provvedimenti aziendali (in particolare delle Delibere e delle Determine), si ritiene opportuno pubblicare le Delibere e le Determine, a partire dall'anno 2009, in una sottosezione denominata “Archivio “all'interno di Amministrazione Trasparente

Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione

<i>D.lgs. n. 33/2013</i>	<i>Contenuto dell'obbligo</i>
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorso detto termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

Tab.158: Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione

4.13.6 Trasparenza e Innovazione Digitale

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per garantire l'effettivo rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità della Pubblica Amministrazione, assicurando la piena conoscibilità dell'azione amministrativa e rendendo comprensibili ai cittadini le modalità di gestione delle risorse pubbliche e dei beni collettivi. Essa contribuisce, al contempo, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, rafforzando il rapporto di fiducia tra l'Amministrazione e la comunità di riferimento.

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta e dell'ampiezza dei servizi erogati, l'Azienda assicura un costante aggiornamento delle informazioni pubblicate, rendendo il proprio patrimonio informativo — costituito da atti, documenti e dati — consultabile e universalmente accessibile attraverso il portale web istituzionale.

La semplice pubblicazione delle informazioni non è ritenuta sufficiente a garantire una trasparenza effettiva. Per tale motivo, l'ASL di Caserta si impegna a garantire che i dati siano pubblicati in modo chiaro, completo, aggiornato e coerente, privilegiando l'utilizzo di formati aperti, al fine di assicurarne la piena fruibilità e riutilizzabilità. In tale prospettiva, la struttura della Home Page del sito istituzionale è concepita come punto di accesso immediato e intuitivo ai contenuti, favorendo un'esperienza di navigazione semplice e accessibile per tutti gli utenti.

In questo contesto si inserisce il potenziamento della sezione **"ASL in Cifre"**, accessibile direttamente dalla Home Page, che consente di monitorare in tempo reale i principali volumi di attività sanitaria, quali screening, accessi al pronto soccorso, ricoveri, prestazioni ambulatoriali, nascite, consumo di farmaci, interventi chirurgici e vaccinazioni. Grazie all'adozione di soluzioni tecnologiche avanzate, i dati sono acquisiti automaticamente dai sistemi informativi aziendali in modalità dinamica, senza caricamenti manuali. L'aggiornamento continuo, con frequenza pari a circa 15 secondi, garantisce elevati livelli di accuratezza, trasparenza e affidabilità delle informazioni, riducendo in modo significativo il rischio di errore umano.

Figura 133 screenshot pagina ASL in Cifre



Al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi di rilevanza nazionale e regionale e di assicurare un'informazione chiara, trasparente e accessibile ai cittadini e agli stakeholder, nel rispetto della normativa vigente, sono stati implementati e costantemente aggiornati, nella Home Page del sito istituzionale, i collegamenti alle seguenti sezioni tematiche:

- **PNRR Regione Campania:** la sezione è stata integrata con i progetti specifici attuati dall'ASL di Caserta nell'ambito della Missione 6 – Componente 2 (M6C2), dedicata all'innovazione e alla

ricerca in sanità, alla digitalizzazione dei servizi, all'ammodernamento tecnologico, alla formazione e al trasferimento tecnologico.

- **Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES):** sono state sviluppate e rese accessibili le principali aree di intervento strategiche, con particolare riferimento al contrasto alla povertà sanitaria, alla tutela della salute mentale, all'approccio di genere nei percorsi di cura e al potenziamento della copertura degli screening oncologici.
- **PR Campania FESR:** la sezione è stata arricchita mediante l'inserimento dei progetti ufficialmente ammessi a finanziamento, consentendo una consultazione puntuale dello stato di attuazione degli interventi sostenuti dai fondi europei.
- **Biblioteca ASL:** è stato attivato un collegamento diretto per facilitare l'accesso alle risorse documentali e informative dell'Azienda, a supporto della diffusione della conoscenza e dell'aggiornamento professionale.

Fig. 134



È stata inoltre messa in evidenza e ulteriormente ampliata la sezione del sito istituzionale dedicata al cittadino **“Come Fare Per”**, che raccoglie in modo strutturato e facilmente accessibile le informazioni sui servizi aziendali maggiormente ricercati.

La sezione consente di orientare l'utenza nelle principali procedure e nei percorsi di accesso ai servizi, tra cui: le modalità per effettuare le vaccinazioni, l'accesso ai servizi online per prenotazioni e visite, la scelta o la revoca del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, le procedure per le esenzioni e per la gestione dei ticket non evasi, l'accesso alla Psicologia di Base, ai Centri Antidiabete (CAD), ai servizi per le Dipendenze Comportamentali/U.M. – Centro Arca, alle informazioni sull'oblio oncologico, alla Medicina dei Viaggi e alle modalità per la donazione del sangue.

Nell'ottica di rafforzare l'informazione e la tutela dei cittadini affetti da patologie a bassa prevalenza, è stata inoltre introdotta una specifica sezione dedicata alle **Malattie Rare**, finalizzata a garantire una maggiore conoscibilità dei percorsi assistenziali e dei servizi disponibili sul territorio.

Figura 135 screenshot pagina Come fare per, consulta tutti i servizi

Tutti i servizi

Assistenza Sanitaria in Italia e all'estero - Mobilità Internazionale	3
Autismo	3
Campagna Vaccinale - Vaccino Antinfluenzale e Anti Covid 2024-2025	3
Consultorio Familiare	3
CUP prenotazioni e Pagamenti	3
Diabete	3
Donare il sangue	3
Educazione alla Salute	3
Gastroscopia e colonoscopia	3
Malattie rare	3
Manifestazioni temporanee (sagra/eventi)	3
Medicina dei viaggi	3
Oblio ematologico	3
Pronto Soccorso ed Emergenza	3
Psicologia di Base	3
Reabilitazione	3
Scelta del medico	3
Tessera Sanitaria	3
Ticket ed esenzioni	3
UDC Dipendenze Comportamentali/G.M. - Centro Arca	3
Vaccinazioni	3



Fig. 136



Fig. 137

Inoltre, al fine di rendere più semplice, immediato e trasparente il rapporto tra l'Azienda e i cittadini, sono state realizzate e consolidate ulteriori iniziative di digitalizzazione e accesso ai servizi, volte a facilitare l'utilizzo delle informazioni sanitarie e amministrative, tra cui:

- **Portale “Servizi al Cittadino”:** il sistema consente agli utenti, tramite autenticazione SPID, di accedere direttamente ai principali servizi digitali dell’ASL di Caserta, consultare e scaricare i referti sanitari firmati digitalmente e verificare la propria posizione in materia di esenzioni ticket, riducendo tempi di attesa e necessità di accesso fisico agli sportelli.
- **Portale della Salute ASL Caserta:** pensato come punto di riferimento informativo per la popolazione, il portale guida l’utente nella ricerca dei servizi più appropriati in base ai bisogni di salute, permettendo di individuare con chiarezza strutture, prestazioni e percorsi assistenziali offerti dall’Azienda.

Fig 138 Il portale della salute



Reingegnerizzazione del sito istituzionale

Le tecnologie digitali rappresentano un fattore strategico per il rafforzamento della trasparenza, in quanto consentono di migliorare l’accessibilità alle informazioni, semplificare i processi e favorire una più ampia partecipazione dei cittadini.

In tale prospettiva, nell’ambito del percorso di digitalizzazione e potenziamento dei servizi, l’ASL di Caserta ha avviato un processo di reingegnerizzazione del sito istituzionale e dell’ecosistema digitale aziendale, introducendo specifiche innovazioni funzionali.

Tra gli interventi di maggiore rilievo si segnala:

- **Banner informativo interattivo:** è stato implementato nella homepage del sito un banner dedicato, attraverso il quale i cittadini possono compilare un modulo di contatto rapido (nome, cognome, data di nascita e recapito telefonico). Tale funzionalità consente di essere ricontattati direttamente da un operatore dell’ASL per la prenotazione degli screening, favorendo un’interazione diretta e tempestiva con l’utenza e incentivando attivamente la partecipazione alle campagne di prevenzione sanitaria.

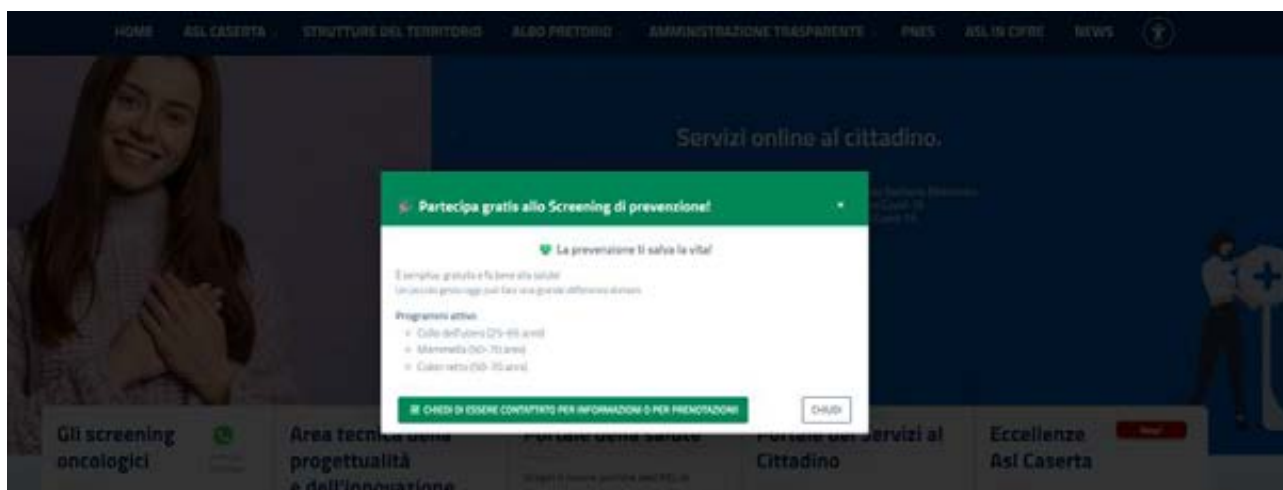


Fig. 139

- WhatsApp Business:** al fine di garantire un canale di contatto ancora più immediato e accessibile, l'ASL di Caserta ha attivato un numero dedicato di **WhatsApp Business** per gli screening oncologici. Attraverso tale canale i cittadini possono richiedere informazioni e procedere alla prenotazione degli appuntamenti in modo semplice e diretto. Il servizio è facilmente fruibile mediante un pulsante interattivo presente nella homepage del sito istituzionale, caratterizzato da un segnale visivo dinamico che invita l'utente a "scrivere su WhatsApp". Il collegamento è inoltre disponibile all'interno della sezione "Screening" del portale aziendale.



Fig. 140

- Implementazione del plugin "Last Update":** è stato sviluppato e implementato un apposito plugin che consente di visualizzare la data dell'ultima modifica anche per i contenuti dinamici del sito (quali tabelle WordPress, database, griglie di articoli, bandi di gara, elenchi dei dirigenti e altre sezioni analoghe). La soluzione adottata rafforza la chiarezza e l'affidabilità delle informazioni pubblicate, permettendo all'utenza di conoscere con immediatezza la data effettiva di aggiornamento dei contenuti, sia statici sia dinamici.
- Introduzione di un sistema di caching avanzato:** Al fine di migliorare le prestazioni del portale istituzionale, è stato implementato un sistema di caching avanzato basato su W3 Total Cache, integrato con tecnologia Redis.

Tale configurazione ha consentito una significativa riduzione dei tempi medi di risposta del sito, migliorando sensibilmente la velocità di navigazione e l'esperienza complessiva dell'utente.

La trasformazione digitale non ha riguardato esclusivamente i canali di interfaccia, ma ha interessato anche la **reingegnerizzazione dell'architettura del sito web**. L'adozione di database strutturati per la storicizzazione dei dati e per attività di analisi ha consentito di valorizzare le informazioni disponibili, trasformandole in strumenti a supporto della trasparenza, dell'efficienza organizzativa e del controllo dei processi.

Grazie a questa solida base tecnologica, sono stati conseguiti miglioramenti significativi in diverse aree, tra cui:

- **Revisione e integrazione delle pagine dei Servizi e dei Centri di Costo**
È stata effettuata una revisione strutturale e gestionale delle pagine dedicate ai Servizi e ai Centri di Costo aziendali. Mediante l'integrazione, tramite Web Services REST, con il Portale del Dipendente, è ora possibile gestire in modo centralizzato e aggiornato le informazioni relative ai dirigenti, con riferimento a:
 - anagrafica;
 - recapiti istituzionali (telefono, e-mail, indirizzi);
 - attività erogate e composizione delle équipe.

La nuova architettura consente interventi di aggiornamento e controllo anche in modalità massiva e in tempo reale, ottimizzando i flussi operativi interni e garantendo un elevato livello di qualità, coerenza e affidabilità dei dati pubblicati sul sito istituzionale.

4.14 La Gestione della Privacy all'interno dell'ASL di Caserta

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, in qualità di **Titolare del trattamento**, tratta dati personali, dati relativi alla salute e altre categorie particolari di dati, inclusi i dati sensibili e giudiziari, esclusivamente nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali e nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali degli interessati.

Il trattamento dei dati personali è effettuato in conformità ai principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, assicurando la piena osservanza della normativa europea e nazionale in materia di protezione dei dati personali.

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda e della pluralità dei trattamenti effettuati, l'ASL di Caserta ha adottato un **modello organizzativo e gestionale in materia di protezione dei dati personali**, coerente con l'assetto strategico aziendale e costantemente aggiornato in relazione all'evoluzione del quadro normativo.

Il modello è finalizzato a:

- garantire un utilizzo dei dati personali conforme alle finalità istituzionali;
- assicurare che i trattamenti siano effettuati esclusivamente da soggetti formalmente autorizzati;
- garantire un adeguato livello di sicurezza dei dati e la tutela effettiva dei diritti degli interessati;
- prevenire comportamenti non conformi e ridurre il rischio di violazioni e conseguenti responsabilità;
- assicurare la tracciabilità dei processi di trattamento, anche ai fini della trasparenza, dell'accessibilità e della dimostrazione della conformità normativa.

In attuazione del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** e del **D.Lgs. n. 196/2003**, come modificato dal **D.Lgs. n. 101/2018**, l'Azienda ha adottato e mantiene operativi i seguenti strumenti organizzativi e procedurali:

- il **Registro delle attività di trattamento**, che descrive i trattamenti effettuati, le misure di sicurezza, i soggetti coinvolti e i relativi ruoli;
- la **designazione dei Responsabili del trattamento**, interni ed esterni, dei soggetti autorizzati e degli Amministratori di sistema;
- la **nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)**;
- l'attivazione di **percorsi formativi** specifici in materia di protezione dei dati personali;
- la predisposizione di **informative** e, ove previsto, dei **moduli di consenso**;
- l'adozione di **modulistica standardizzata**, disponibile nell'area documentale aziendale;
- la definizione di **procedure per la gestione delle richieste di esercizio dei diritti degli interessati**.

L'approccio adottato dall'Azienda è orientato a integrare la protezione dei dati personali nei processi organizzativi e decisionali, non come mero adempimento formale, ma come **elemento strutturale del sistema di prevenzione dei rischi**, di tutela dei diritti e di garanzia del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa, in coerenza con gli obiettivi del presente PIAO.

4.14.1 La privacy nel piano della performance aziendale

Al fine di promuovere una diffusa cultura della riservatezza e garantire il pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, l'Azienda ha integrato nel Piano della Performance obiettivi specifici per tutte le strutture organizzative. Il raggiungimento di tali adempimenti sarà monitorato e valutato attraverso gli indicatori analitici riportati nella tabella seguente.

Tab 125 Check List Privacy Presidi Ospedalieri

Quesito	Si	No	Note
Durante le operazioni di trattamento viene fornita l'informativa all'interessato?			
È affissa e utilizzata l'informativa aggiornata secondo il dettato del GDPR?			
Durante le operazioni di trattamento, se previsto, viene acquisito il consenso?			
Agli incaricati sono date adeguate istruzioni scritte sul trattamento dei dati?			
È stata elaborata una lista degli incaricati?			
La lista degli incaricati viene almeno annualmente controllata? (Revisione /Verifica profili, sussistenza condizioni...).			
Gli incaricati sono stati informati dell'obbligo della formazione in materia di privacy?			
Sono stati effettuati controlli sulle cartelle cliniche al fine di accertare la completa ed esatta compilazione e conservazione del consenso informato?			
Gli atti e i documenti contenenti dati particolari o giudiziari, affidati agli incaricati del trattamento per lo svolgimento dei relativi compiti, sono controllati e custoditi dagli incaricati fino alla restituzione in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione e sono restituiti al termine delle operazioni affidate?			
Le cartelle cliniche sono custodite in locali il cui accesso è interdetto al pubblico?			
Sono state impartite disposizioni circa i percorsi che la cartella clinica compie all'interno dell'Ospedale?			
Sono stati adottati sistemi di chiamata non nominativa?			
Sono state predisposte appropriate distanze di cortesia (tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere)?			
Sono state adottate soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute			
Sono state adottate forme di cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti?			

Tab 126 Check List Privacy Distretti Sanitari

Quesito	Si	No	Note
Durante le operazioni di trattamento viene fornita l'informativa all'interessato? (Per diversa tipologia di interessato; ad es.: fornitore, dipendenti, assistito, collaboratore ecc.)			
È affissa e utilizzata l'informativa aggiornata secondo il dettato del GDPR?			
Durante le operazioni di trattamento, se previsto, viene acquisito il consenso?			
Agli incaricati sono date adeguate istruzioni scritte sul trattamento dei dati?			
È stata elaborata una lista degli incaricati?			
La lista degli incaricati viene almeno annualmente controllata? (Revisione /Verifica profili, sussistenza condizioni...).			
Gli incaricati sono stati informati dell'obbligo della formazione in materia di privacy?			
Sono state impartite agli incaricati, anche se trattano dati nella sola modalità cartacea, istruzioni scritte finalizzate al controllo ed alla custodia, per l'intero ciclo necessario allo svolgimento delle operazioni di trattamento, degli atti e dei documenti contenenti dati personali?			
Gli atti e i documenti contenenti dati particolari o giudiziari, affidati agli incaricati del trattamento per lo svolgimento dei relativi compiti, sono controllati e custoditi dagli incaricati fino alla restituzione in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione e sono restituiti al termine delle operazioni affidate?			
L'accesso agli archivi contenenti dati sensibili o giudiziari deve essere controllato, e le persone che vi accedono devono essere preventivamente autorizzate. E' stato predisposto un registro dove identificare e registrare persone ammesse agli archivi soprannominati in particolare dopo l'orario di chiusura?			
Sono stati adottati sistemi di chiamata non nominativa?			
Sono state predisposte appropriate distanze di cortesia (tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere)?			
Sono state adottate soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;			
Sono state adottate forme di cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti?			
Gli utenti dispongono di parole chiave univoche riservate solo a loro e solo da loro conosciute?			
Gli utenti possono scambiarsi username e password tra loro?			
Le password sono costituite da almeno otto caratteri?			

Tab.127 Check List Privacy – Informativa, Consenso, Incaricati Autorizzati

Informativa – Consenso – Incaricati Autorizzati			
Quesito	Si	No	Note
Durante le operazioni di trattamento viene fornita l'informativa all'interessato?			
È affissa e utilizzata l'informativa aggiornata?			
Durante le operazioni di trattamento, se previsto, viene acquisito il consenso del paziente o nel caso di minore o incapace, da chi esercita la rappresentanza legale?			
Ai dipendenti autorizzati a trattare i dati sono state date adeguate istruzioni scritte sul trattamento?			
È stata elaborata una lista degli incaricati?			
La lista degli incaricati viene almeno annualmente controllata? (Revisione /Verifica profili, sussistenza condizioni...).			
Gli incaricati sono stati informati dell'obbligo della formazione in materia di privacy?			
Sono state impartite agli incaricati, anche se trattano dati nella sola modalità cartacea, istruzioni scritte finalizzate al controllo ed alla custodia degli atti e dei documenti contenenti dati personali?			

Gli atti e i documenti contenenti dati particolari o giudiziari, affidati agli incaricati del trattamento per lo svolgimento dei relativi compiti, sono controllati e custoditi dagli incaricati fino alla restituzione in maniera che ad essi non accedano persone prive di autorizzazione?			
L'accesso agli archivi contenenti dati sensibili o giudiziari deve essere controllato, e le persone che vi accedono devono essere preventivamente autorizzate. E' stato predisposto un registro dove identificare e registrare persone ammesse agli archivi soprannominati in particolare dopo l'orario di chiusura?			
Sono stati adottati sistemi di chiamata non nominativa?			
Sono state predisposte appropriate distanze di cortesia (tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere)?			
Sono state adottate soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute?			
Sono state adottate forme di cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti?			

Tab.128 Check List Privacy – Normativa sulla Videosorveglianza, se presenti dispositivi

Normativa sulla Videosorveglianza, se presenti dispositivi			
Quesito	Si	No	Note
I dispositivi di videosorveglianza sono configurati affinché vengano raccolti esclusivamente i dati strettamente necessari per il conseguimento delle legittime finalità, registrando le sole raffigurazioni indispensabili?			
Nei luoghi oggetto di ripresa o immediatamente vicini, la presenza di telecamere è opportunamente segnalata mediante l'esposizione di cartelli visibili e conformi alle prescrizioni stabilite dal Garante per la protezione dei dati (cd. Informazioni di primo livello) e da pagine informative (cd. Informazioni di secondo livello)?			
I dati personali acquisiti mediante impianti di videosorveglianza sono protetti da adeguate e preventive misure di sicurezza, che riducano al minimo il rischio di conservazione, perdita, accesso non autorizzato o trattamento non conforme?			
Nell'ipotesi della fornitura di servizi di videosorveglianza "in remoto" da parte di società specializzate, vengono applicate le misure di sicurezza obbligatorie (es. contro accessi abusivi alle immagini)?			
Sono stati nominati formalmente gli incaricati al trattamento dei dati e sono state impartite loro le dovute istruzioni?			
Gli incaricati hanno effettuato la dovuta formazione sul tema degli adempimenti privacy, in materia di videosorveglianza?			
L'accesso ai locali dove sono presenti i monitor è riservato al personale autorizzato, mediante ingresso controllato?			
La conservazione delle immagini è limitata a poche ore, massimo 48/72, come previsto dalla relativa Delibera?			
La cancellazione delle immagini e l'eventuale distruzione dei supporti avviene in modo che sia garantita la non recuperabilità delle immagini registrate?			

Tab. 129 Check List Privacy – Registro delle attività del trattamento

Registro delle attività del trattamento
Ai sensi dell'art. 30 del GDPR, Il Registro delle attività dei trattamenti rappresenta lo strumento atto a fornire un quadro aggiornato dei trattamenti in essere all'interno dell'Azienda, indispensabile per ogni attività di valutazione o analisi del rischio. La partecipazione alla redazione e all'aggiornamento continuo del Registro rientra tra gli adempimenti a cui è tenuto il Responsabile della Struttura, come sancito nella Delibera aziendale n. 666 del 22.05.2018.

Quesito	Si	No	Note
In occasione di un nuovo trattamento, questo viene segnalato al Titolare e al dirigente UOC Anticorruzione, Trasparenza e Privacy per il dovuto aggiornamento del Registro delle attività dei trattamenti?			

Tab.130 Check List Privacy – Nomina Responsabili Esterni al trattamento dei dati, se previsti

Nomina Responsabili Esterni al trattamento dei dati, se previsti			
Le Strutture responsabili dell'istruttoria relativa a convenzioni e/o affidamenti di attività, prestazioni o servizi sono tenute a nominare il Responsabile esterno al trattamento dei dati (ex art. 28 GDPR), seguendo la relativa procedura di cui alla Delibera aziendale n. 1043 del 11.07.2022			
Quesito	Si	No	Note
In relazione della stipula di convenzioni e contratti, vengono posti in essere atti di nomina per l'individuazione del Responsabile esterno al trattamento dei dati?			
Viene attuata correttamente la procedura di nomina, stabilita nella Delibera aziendale n. 1043 del 11.07.2022?			

Tab. 131 Check List Privacy – Formazione e aggiornamento GDPR

Nomina Responsabili Esterni al trattamento dei dati, se previsti			
Il Responsabile della Struttura in virtù delle deleghe conferite dal Titolare del trattamento, è tenuto a partecipare ad eventi formativi e a garantire la formazione e aggiornamento periodico in materia di privacy del propri collaboratori. La formazione infatti rappresenta un obbligo di legge, in quanto misura di sicurezza dei dipendenti che trattano dati personali.			
Quesito	Si	No	Note
Corso FAD in materia di privacy: tutto il personale della struttura è stato informato della presenza di tale corso e della sua obbligatorietà?			
Tutto il personale ha partecipato al Corso FAD?			

Tab. 132 Schema di autovalutazione: tabella di valutazione di sicurezza

Prog.	Denominazione controllo	Valutazione della sicurezza	
		Adeguate	Inadeguata
1	Informativa – Consenso – Incaricati Autorizzati		
2	Normativa sulla Videosorveglianza, se presenti dispositivi		
3	Registro delle attività del trattamento		
4	Nomina Responsabili Esterni al trattamento dei dati, se previsti		
5	Formazione e aggiornamento GDPR		

In tale prospettiva, la tutela dei dati personali è assunta quale fattore strutturale della qualità dell'azione amministrativa e parte integrante del sistema di misurazione e valutazione della performance. L'integrazione di obiettivi specifici in materia di protezione dei dati personali nel Piano della Performance consente di rafforzare la responsabilizzazione delle strutture aziendali e di promuovere comportamenti organizzativi coerenti con i principi di legalità, correttezza e accountability.

La gestione della privacy si coordina, inoltre, con gli obblighi di trasparenza e accessibilità, garantendo un equilibrato bilanciamento tra diritto alla conoscibilità dell'azione amministrativa e tutela dei diritti e delle libertà fondamentali degli interessati. In tal modo, la protezione dei dati personali concorre al

perseguimento degli obiettivi di trasparenza, prevenzione della corruzione e miglioramento delle performance organizzative e individuali, rafforzando complessivamente il sistema di integrità e affidabilità dell'Azienda.

5. Organizzazione e Capitale Umano

5.1 Struttura Organizzativa

L'organizzazione dell'ASL Caserta, come delineata dall'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 1359 del 1° agosto 2023, si fonda su un modello che integra una **forte guida strategica centrale** con **macrostrutture operative dotate di autonomia gestionale**.

Il fulcro del sistema di governo aziendale è rappresentato dal **Direttore Generale**, legale rappresentante dell'Ente e titolare di tutti i poteri di indirizzo, gestione e controllo. Il Direttore Generale opera avvalendosi di una **Direzione Strategica collegiale**, composta dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, supportata da una tecnostruttura dedicata e da servizi centrali specializzati. Tale assetto assicura le funzioni di pianificazione, controllo, coordinamento e garanzia della sicurezza complessiva dell'organizzazione.

La Direzione Generale presidia l'intero ciclo di vita aziendale attraverso un processo strutturato e continuo articolato nelle seguenti fasi:

- **Analisi**, finalizzata allo studio delle condizioni di salute della popolazione e dei bisogni di assistenza;
- **Pianificazione**, volta alla definizione delle priorità strategiche e alla predisposizione del Piano Attuativo Locale e Annuale;
- **Programmazione**, mediante la definizione del budget generale aziendale e l'assegnazione dei budget ai singoli centri di responsabilità;
- **Verifica**, attraverso la valutazione dei risultati conseguiti e l'attivazione di audit finalizzati al miglioramento continuo.

Per l'attuazione operativa delle strategie aziendali sul territorio, l'ASL Caserta si articola in **macrostrutture organizzative** dotate di autonomia gestionale, che costituiscono i principali livelli di erogazione dei servizi. Tali strutture sono identificate nei **Distretti**, nei **Dipartimenti**, nelle **Strutture** e negli **Uffici**.

In funzione delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e del ruolo esercitato nell'ambito dell'organigramma aziendale, le strutture organizzative sono classificate come **Strutture Complesse**, **Strutture Semplici a valenza dipartimentale** e **Strutture Semplici**, garantendo un assetto organizzativo coerente, flessibile e orientato al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

5.2 Organizzazione del lavoro agile

Nella presente sottosezione è illustrata l'organizzazione del lavoro agile, definita nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con le più recenti Linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché con le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro. La sottosezione descrive, inoltre, le strategie e gli obiettivi aziendali finalizzati allo sviluppo e al consolidamento di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, in un'ottica di miglioramento dell'efficienza, della qualità dei servizi e del benessere organizzativo.

5.2.1 Innovazione nei modelli organizzativi del lavoro: cenni e richiami

L'emergenza sanitaria ha rappresentato uno spartiacque fondamentale per l'organizzazione del lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni. Se inizialmente il ricorso al lavoro agile è avvenuto in forma semplificata e derogatoria per necessità emergenziale, oggi stiamo assistendo a una fase di consolidamento strutturale. L'obiettivo non è più solo la continuità operativa, ma il raggiungimento di una maggiore efficienza organizzativa e un miglior equilibrio tra vita professionale e privata.

Attualmente coesistono tre modalità principali di esecuzione della prestazione:

- **Modello Tradizionale:** Basato sulla presenza fisica costante presso la sede di lavoro.
- **Lavoro Agile (Smart Working):** il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante *accordo tra le parti*, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita *in parte all'interno dei locali dell'amministrazione e in parte all'esterno* di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.
- **Lavoro da Remoto (Remote Working):** A differenza dello smart working, mantiene il vincolo di tempo e i consueti obblighi di presenza, ma consente lo svolgimento della prestazione in un luogo diverso dalla sede dell'ufficio.

5.2.2 Il Quadro Normativo e il Ruolo del POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile)

Il percorso normativo, avviato con la Legge 124/2015 e strutturato dalla Legge 81/2017, ha introdotto il lavoro agile come strumento per incrementare la competitività. Un passaggio chiave è rappresentato dall'introduzione del POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile), lo strumento programmatico con cui le amministrazioni definiscono gli obiettivi annuali e le modalità attuative della flessibilità.

La normativa riconosce inoltre delle priorità di accesso al lavoro agile per categorie specifiche, come i genitori di figli fino a 12 anni (o con disabilità senza limiti di età), i lavoratori con disabilità grave e i caregivers.

Con il termine dello stato di emergenza, il DPCM del 24 settembre 2021 ha ripristinato la presenza fisica come modalità ordinaria, ma non ha cancellato l'eredità dello smart working. Al contrario, le amministrazioni sono ora chiamate a:

- Individuare le attività remotizzabili, previo confronto con i sindacati.
- Sottoscrivere accordi individuali (superando la forma semplificata).
- Garantire la sicurezza e la salute, in linea con il D.Lgs. 81/2008 e le tutele INAIL.

In questo contesto, il POLA si configura come il documento strategico per trasformare il lavoro agile da misura eccezionale a leva di innovazione permanente, orientata ai risultati e al benessere del dipendente, in piena coerenza con i nuovi CCNL di settore (come quello della Sanità del 2022).

5.2.3 Atti di Indirizzo dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta

Nell'ottica di avviare un percorso di organizzazione aziendale volto ad implementare un modello di lavoro agile sviluppato secondo la normativa di riferimento, l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta, attraverso propri provvedimenti ed atti di indirizzo, ha avviato un percorso volto a dare impulso al cambiamento culturale interno all'azienda e ad attuare tale forma di lavoro.

Con il lavoro agile l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta persegue i seguenti **obiettivi** principali:

- Aumento della produttività e qualità del lavoro;
- Riprogettazione degli spazi di lavoro.
- Acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;
- Riduzione delle assenze dal servizio;
- Risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche, attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro;
- Miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata;

- Maggiore senso di responsabilizzazione e autonomia rispetto agli obiettivi di ufficio e personali, rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- Maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione;
- Maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro;
- Maggior benessere organizzativo;
- Diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- Promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- Promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente ovvero temporanea;
- Promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali;
- Contributo allo sviluppo sostenibile.

5.2.4 Destinatari

L'adesione al lavoro agile ha **natura consensuale e volontaria** ed è consentita a tutti i lavoratori dell'Azienda, sia con rapporto di lavoro a tempo pieno sia a tempo parziale, con contratto a tempo indeterminato o determinato. Restano esclusi dall'accesso al lavoro agile il personale turnista e quello la cui attività richiede l'utilizzo di strumentazioni, archivi o documentazione non remotizzabili.

Ai fini dell'autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile, ciascun Dirigente o Direttore di Struttura è tenuto a valutare l'opportunità organizzativa della modalità flessibile richiesta, assicurando il corretto bilanciamento tra il raggiungimento degli obiettivi assegnati e la garanzia della continuità, efficienza ed efficacia dei servizi sanitari essenziali, a tutela dei pazienti e dell'utenza.

L'accesso al lavoro agile avviene su **istanza individuale del dipendente**. Il Dirigente o Direttore responsabile dell'ufficio o del servizio procede all'istruttoria delle istanze pervenute e autorizza il lavoro agile nei confronti dei dipendenti le cui mansioni risultino compatibili con lo svolgimento da remoto di una o più attività individuate come remotizzabili.

Nell'ambito della valutazione delle istanze, il Dirigente o Direttore tiene conto dei **diritti di priorità** previsti dalla normativa vigente, in particolare di quelli richiamati dal comma 3-bis dell'articolo 18 della legge n. 81/2017, assicurando il rispetto dei criteri di equità, trasparenza e imparzialità.

5.2.5 Condizioni per lo svolgimento del lavoro agile

Il dipendente può eseguire la prestazione in lavoro agile quando tra le mansioni svolte siano presenti attività che possono essere oggetto di Smart working ad eccezione dei lavoratori che svolgono attività in turno e per quelli a cui è richiesto l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, ovvero per quelle prestazioni per le quali il responsabile di Struttura - con atto motivato - ritiene di non poter autorizzare.

Il lavoro agile può avere ad oggetto sia le attività ordinariamente svolte in presenza dal dipendente, sia attività progettuali specificamente individuate. L'attività svolta sarà oggetto di rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. La prestazione lavorativa può essere svolta in Smart working che di norma non dovrà superare le due giornate a settimana, salvo casi eccezionali e straordinari. L'autorizzazione del lavoro agile deve avvenire garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- Le priorità d'accesso definite al comma 3 bis dell'art. 18 della L. n. 81/2007;
- L'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- L'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile assicurando la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza nonché evitando la contestuale assenza di tutti i dipendenti.

5.2.6 *Accordo individuale*

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla **sottoscrizione di un accordo individuale** tra il dipendente e il Dirigente o Direttore della Struttura cui il dipendente risulta assegnato. Copia dell'accordo sottoscritto deve essere trasmessa al **Servizio Gestione delle Risorse Umane** per la conservazione nel fascicolo personale del dipendente, unitamente al prospetto compilato contenente le informazioni necessarie per l'effettuazione delle **comunicazioni obbligatorie** relative allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

L'accordo individuale disciplina in modo puntuale gli elementi essenziali della prestazione lavorativa, tra cui: i contenuti e le modalità di svolgimento dell'attività, i criteri di verifica e valutazione della prestazione, la durata dell'accordo, il luogo di svolgimento della prestazione, l'individuazione delle giornate da destinare al lavoro agile, le modalità di monitoraggio periodico secondo criteri uniformi all'interno dell'Amministrazione, i supporti tecnologici da utilizzare e l'eventuale dotazione informatica fornita dall'Azienda. Sono altresì definiti la fascia o le fasce orarie di reperibilità telefonica e/o tramite posta elettronica, l'esercizio del potere direttivo e di controllo, il diritto e dovere alla disconnessione, il trattamento giuridico ed economico, la formazione del dipendente, la disciplina dei permessi, le modalità di recesso, gli obblighi di comportamento, le istruzioni per il trattamento dei dati personali, l'informativa privacy, nonché le tutele assicurative contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Con la sottoscrizione dell'accordo sono inoltre assolti gli adempimenti previsti in materia di **salute e sicurezza sul lavoro** e di **protezione dei dati personali**, in conformità alla normativa vigente. Le attività svolte in modalità agile sono oggetto di valutazione nell'ambito del **ciclo della performance**, in coerenza con gli obiettivi assegnati e i risultati attesi.

Di seguito si riportano alcuni contenuti dell'accordo individuale, meglio esplicitati nei paragrafi successivi.

Luogo di svolgimento della prestazione lavorativa

Il luogo di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile è individuato dal singolo dipendente, di concerto con il Dirigente o Direttore della Struttura di assegnazione, assicurando la sussistenza di condizioni idonee a garantire il rispetto delle prescrizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, la piena operatività della dotazione informatica utilizzata, nonché la tutela della riservatezza dei dati e delle informazioni trattati per ragioni d'ufficio.

Prestazione Lavorativa

Le giornate in cui la prestazione lavorativa è resa in modalità agile, nonché le modalità attraverso le quali il dipendente attesta l'inizio e la conclusione dell'attività lavorativa, sono puntualmente definite nell'accordo individuale di lavoro agile. In caso di malfunzionamenti tecnici, di qualsiasi natura, che impediscano lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Dirigente o Direttore della Struttura di appartenenza.

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza rigidi vincoli di orario, nel rispetto dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsto dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale di riferimento. Al fine di garantire un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza e un corretto svolgimento dell'attività lavorativa, il dipendente assicura, nell'arco della giornata di lavoro agile, la propria reperibilità attraverso i canali di comunicazione concordati (posta elettronica, telefono, messaggistica).

Ai dipendenti che si avvalgono del lavoro agile si applica integralmente la disciplina normativa ed economica vigente prevista dalla contrattazione collettiva, incluse le disposizioni in materia di malattia, permessi e ferie. Durante le giornate di svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile non è riconosciuto il buono pasto.

Report e verifica della prestazione

Al termine della giornata lavorativa svolta in modalità agile, il dipendente è tenuto a redigere una relazione dell'attività svolta, elaborando una breve sintesi avendo cura di segnalare eventuali criticità riscontrate, problemi insorti ovvero eventuali suggerimenti.

Dotazione tecnologica-strumentazione

Il dipendente può svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità agile avvalendosi di strumenti informatici quali personal computer, tablet, smartphone o altri dispositivi ritenuti idonei

dall'Amministrazione per l'esercizio dell'attività lavorativa, di proprietà del dipendente o comunque nella sua disponibilità.

Eventuali impedimenti di natura tecnica che ostino allo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto devono essere tempestivamente comunicati dal dipendente al **Servizio Sistemi Informativi**, al fine di consentire l'individuazione di possibili soluzioni operative. Qualora tali soluzioni non risultino praticabili, il dipendente concorda con il Dirigente o Direttore di riferimento le modalità alternative di completamento della prestazione lavorativa, ivi incluso, ove necessario, il rientro presso la sede di lavoro.

Le spese connesse allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile, ivi comprese quelle relative ai consumi elettrici, alle connessioni di rete e al mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro, restano in ogni caso a carico del dipendente. Ogni ulteriore onere direttamente o indirettamente collegato allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, quali, a titolo esemplificativo, costi per elettricità, riscaldamento e comunicazioni telefoniche, è parimenti a carico del lavoratore.

Diritto alla disconnessione

In attuazione di quanto disposto all'art. 19 comma 1 della Legge del 22 maggio 2017 n. 81, l'Amministrazione riconosce il diritto alla disconnessione: il lavoratore agile ha diritto a non leggere e non rispondere a email, telefonate o messaggi lavorativi e di non telefonare, di non inviare e-mail e messaggi di qualsiasi tipo inerenti all'attività lavorativa nel periodo di disconnessione.

Rapporto di lavoro

L'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile non comporta alcuna modifica della **natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato**, che continua a essere disciplinato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale e decentrata, nonché dal contratto individuale di lavoro. Il ricorso al lavoro agile non determina alcuna forma di discriminazione ai fini del riconoscimento della professionalità, né incide negativamente sulle eventuali progressioni di carriera, sia orizzontali sia verticali.

Il dipendente è tenuto, sotto la propria responsabilità, a dichiarare l'orario di lavoro giornaliero effettivamente svolto, con particolare riferimento all'ora di inizio e di cessazione della prestazione. I dipendenti che svolgono l'attività in modalità di lavoro agile mantengono integralmente il medesimo trattamento economico e normativo previsto per il personale che svolge la prestazione in presenza.

Ai sensi dell'articolo 19 della legge 22 maggio 2017, n. 81, il lavoratore agile e l'Amministrazione possono recedere dall'accordo individuale di lavoro agile in qualsiasi momento, con un preavviso non inferiore a 30 giorni. Nel caso di lavoratore con disabilità ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68, il termine di preavviso per il recesso da parte dell'Amministrazione non può essere inferiore a 90 giorni, al fine di consentire un'adeguata riorganizzazione dei percorsi di lavoro in relazione alle esigenze di vita e di cura del lavoratore. In presenza di un giustificato motivo, ciascuna delle parti può recedere anticipatamente dall'accordo nel caso di accordo a tempo determinato, ovvero senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato.

L'accordo individuale di lavoro agile può, in ogni caso, essere **revocato dal Dirigente o Direttore del Servizio di appartenenza** nei seguenti casi:

- mancato rispetto dei tempi o delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, ovvero reiterata inosservanza delle fasce di reperibilità;
- mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nell'accordo individuale.

In caso di revoca, il dipendente è tenuto a riprendere la prestazione lavorativa secondo l'orario ordinario presso la sede di lavoro a decorrere dal giorno successivo alla comunicazione del provvedimento. La revoca può essere comunicata tramite posta elettronica ordinaria, posta elettronica certificata o comunicazione telefonica.

L'avvenuto recesso o la revoca dell'accordo individuale devono essere tempestivamente comunicati dal Dirigente al **Servizio Organizzazione e Gestione delle Risorse Umane**. In caso di trasferimento del dipendente ad altro servizio, l'accordo individuale di lavoro agile cessa automaticamente di avere efficacia dalla data di effettivo trasferimento.

Prescrizioni disciplinari- procedimento disciplinare e sanzioni

Durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto ad adottare un comportamento improntato ai principi di **correttezza, lealtà e buona fede**, nel pieno rispetto delle

disposizioni previste dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti, dal Codice di comportamento aziendale, dal Codice disciplinare e dalla normativa vigente in materia disciplinare.

Regole di comportamento riservatezza dati custodia della documentazione

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente opera nella consapevolezza che tale modalità richiede una particolare attenzione nell'evitare qualsiasi comportamento non adeguato al contesto lavorativo, soprattutto in situazioni potenzialmente esposte a interferenze da parte di terzi, ivi compresi i familiari.

Il lavoratore è tenuto a custodire con la massima diligenza la documentazione e i dati trattati, adottando ogni misura idonea a impedire l'accesso non autorizzato alle informazioni. In particolare, è fatto obbligo di bloccare i dispositivi in uso in caso di allontanamento dalla postazione di lavoro, nonché di conservare, custodire o distruggere correttamente i documenti utilizzati, secondo le procedure aziendali vigenti.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente è in ogni caso tenuto al pieno rispetto degli **obblighi di riservatezza** e delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Trattamento dei dati personali – Privacy

Durante lo svolgimento delle operazioni di trattamento dei dati cui il dipendente abbia accesso in ragione delle mansioni svolte e delle finalità connesse all'espletamento della prestazione lavorativa, gli stessi devono essere trattati nel pieno rispetto della **riservatezza** e degli altri diritti e libertà fondamentali dell'interessato, in conformità al **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, al **decreto legislativo n. 196/2003**, come modificato dal decreto legislativo n. 101/2018, nonché alla normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati deve avvenire nel rispetto delle disposizioni contenute nel **Disciplinare aziendale sulla protezione dei dati personali** e delle eventuali specifiche prescrizioni impartite dall'Amministrazione, in qualità di **Titolare del trattamento**, adottando tutte le misure tecniche e organizzative idonee a garantire un adeguato livello di sicurezza dei dati trattati.

Sicurezza sul lavoro

L'Amministrazione garantisce la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore anche nello svolgimento della prestazione in modalità di lavoro agile, in coerenza con la normativa vigente. A tal fine, essa fornisce al singolo dipendente un'**informativa scritta** contenente l'indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, nonché le indicazioni utili per consentire al lavoratore una scelta consapevole e appropriata del luogo di svolgimento dell'attività lavorativa.

L'Amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della mancata diligenza del lavoratore nella scelta di un luogo non conforme alle indicazioni contenute nell'informativa. Ogni lavoratore è tenuto a collaborare in modo attivo, proficuo e responsabile con l'Amministrazione al fine di garantire lo svolgimento della prestazione lavorativa in condizioni di sicurezza e correttezza.

Il Dirigente o Direttore del Servizio di appartenenza vigila sul rispetto, da parte del dipendente, delle prescrizioni contenute nell'informativa sulla sicurezza fornita dall'Amministrazione. Quest'ultima provvede, inoltre, a comunicare all'INAIL i nominativi dei lavoratori che si avvalgono della modalità di lavoro agile.

Allo svolgimento del lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle previste dal decreto legislativo n. 81/2008 e successive modificazioni, nonché dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, secondo quanto dettagliato nell'informativa aziendale di riferimento. L'Amministrazione, al fine di garantire un adeguato livello di tutela, fornisce l'informativa scritta anche al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS); tale informativa è redatta dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e individua i rischi generali e specifici connessi alla modalità di lavoro agile. Al momento della sottoscrizione dell'accordo individuale, il dipendente attesta di aver preso visione dell'informativa stessa.

Il lavoratore che svolge la prestazione in modalità agile è comunque tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione dell'attività lavorativa all'esterno dei locali aziendali.

Ai sensi dell'articolo 23 della legge n. 81/2017, il lavoratore agile è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti dai rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. È altresì assicurata la tutela contro gli infortuni occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa, nei limiti e alle condizioni previste dall'articolo 2, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni.

In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Dirigente o Direttore di riferimento, al fine di consentire l'adempimento degli obblighi di legge previsti dalla normativa vigente.

5.2.7 Comunicazione obbligatoria dell'accordo individuale al Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali

L'articolo 23 della legge n. 81/2017 prevede che l'accordo individuale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile, nonché le eventuali successive modificazioni, siano soggetti agli obblighi di comunicazione di cui all'articolo 9-bis del decreto-legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, e successive modificazioni.

In attuazione di tale disposizione, è stato emanato il **decreto ministeriale n. 149 del 22 agosto 2022**, che disciplina le modalità di assolvimento degli obblighi di comunicazione relativi agli accordi di lavoro agile. In particolare, il datore di lavoro è tenuto a comunicare, esclusivamente in via telematica, al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** i nominativi dei lavoratori interessati, nonché la data di inizio e di cessazione delle prestazioni svolte in modalità di lavoro agile, secondo le modalità operative stabilite dal medesimo decreto ministeriale.

5.2.8 Stato di attuazione

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta ha avviato, mediante l'adozione di specifici atti e provvedimenti interni, un percorso strutturato finalizzato all'attivazione e alla valorizzazione del lavoro agile, quale modalità flessibile di svolgimento della prestazione lavorativa orientata a incrementare la competitività organizzativa e a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente, restano esclusi dall'accesso al lavoro agile i lavoratori subordinati impiegati in attività articolate su turni, nonché coloro le cui mansioni richiedono l'utilizzo di strumentazioni, archivi o documentazione non remotizzabili, ovvero in presenza di specifiche esigenze organizzative. Al di fuori di tali ipotesi, l'Azienda ha accolto le istanze presentate dal personale dipendente, provvedendo all'attuazione del lavoro agile in conformità alle disposizioni normative e regolamentari di riferimento.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha comportato alcuna modifica della posizione giuridica del rapporto di lavoro, né sotto il profilo dell'inquadramento né con riferimento al profilo professionale, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto, né sul potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro. L'attuazione del lavoro agile ha perseguito l'obiettivo di consentire al personale l'adozione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell'attività lavorativa, favorendo il miglior equilibrio tra vita professionale e vita privata, il miglioramento del benessere organizzativo e la garanzia dell'assenza di penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e delle progressioni di carriera.

Il ricorso al lavoro agile ha inoltre contribuito a un'evoluzione degli stili manageriali, promuovendo una maggiore autonomia e responsabilizzazione delle persone e favorendo lo sviluppo di una cultura organizzativa orientata ai risultati.

A supporto di tale modalità di lavoro, l'Azienda ha infine potenziato le infrastrutture e le procedure di rete, con particolare riferimento al rafforzamento delle misure di sicurezza informatica, volte a tutelare il traffico dati e a proteggere l'identità digitale del personale, anche mediante l'utilizzo di strumenti quali le connessioni VPN.

5.2.9 Attività da realizzare

Al fine di incrementare l'efficienza dell'organizzazione del lavoro agile, l'ASL Caserta ha fornito indicazioni a ciascuna Struttura aziendale affinché proceda alla **mappatura delle attività svolgibili a distanza**. Tale mappatura è intesa come una ricognizione sistematica e strutturata dei processi interni, effettuata attraverso lo strumento del **Piano Operativo delle Attività** riferito a ciascuna articolazione organizzativa, con aggiornamento periodico delle attività e dei processi che possono essere espletati in modalità agile. La ricognizione avviene in coerenza con le esigenze di funzionalità delle strutture, di continuità nell'erogazione dei servizi e in relazione alla disponibilità delle dotazioni tecnologiche necessarie.

L'Azienda prevede, inoltre, la realizzazione di un'**analisi preliminare** finalizzata a individuare eventuali criticità organizzative che possano ostacolare l'implementazione del lavoro agile, nonché a rilevare i fattori che ne possono favorire il successo, con particolare riferimento alla cultura organizzativa, alla valorizzazione delle professionalità e allo sviluppo della tecnologia digitale.

L'ASL Caserta riconosce la **formazione** quale leva strategica per lo sviluppo dell'organizzazione e delle competenze professionali e promuove percorsi formativi mirati al rafforzamento delle competenze manageriali, organizzative e digitali, indispensabili anche per una efficace attuazione del lavoro agile.

In tale contesto, l'Azienda ha adottato un **modello organizzativo orientato alla digitalizzazione e alla flessibilità del lavoro**, garantendo al personale l'accesso sicuro da remoto mediante una rete **VPN cifrata**. Tale infrastruttura consente ai dipendenti di collegarsi al proprio personal computer in dotazione presso la sede di lavoro attraverso un desktop virtuale, assicurando la piena operatività sui dati e sulle applicazioni aziendali anche al di fuori dei locali dell'Amministrazione.

L'efficienza del lavoro agile è ulteriormente supportata da strumenti dedicati, tra cui:

- **Tecnologia:** utilizzo di postazioni informatiche aziendali e piattaforme per videoconferenze e riunioni a distanza (quali Zoom e Lifesize);
- **Reperibilità:** attivazione di sistemi di deviazione delle chiamate dall'interno aziendale ai dispositivi mobili del dipendente;
- **Trasparenza e comunicazione:** diffusione di informazioni attraverso la Intranet aziendale, accessibile tramite VPN, e tramite il sito istituzionale rivolto all'utenza esterna.

L'Azienda investe in modo strutturato nella **formazione digitale**, aderendo al progetto "Syllabus Competenze Digitali" promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzato al potenziamento sia delle competenze tecniche sia delle soft skills, quali l'auto-organizzazione, la collaborazione a distanza e la responsabilizzazione individuale.

L'obiettivo strategico è consolidare nel tempo il percorso di attuazione del lavoro agile attraverso un **monitoraggio sistematico dei risultati**, con particolare attenzione all'impatto sulla efficienza amministrativa, sulla qualità dei servizi erogati e sulla soddisfazione dell'utenza, prevedendo anche forme di coinvolgimento diretto dei cittadini nei processi di valutazione.

5.2.10 Contributi al miglioramento delle performance

L'implementazione del lavoro agile non costituisce un'attività autonoma o fine a sé stessa, ma rappresenta una **modalità organizzativa funzionale al raggiungimento degli obiettivi** assegnati e declinati nel Piano della Performance. In tale prospettiva, il lavoro agile si inserisce pienamente nel sistema di programmazione, misurazione e valutazione della performance aziendale.

Il processo di valutazione della performance individuale è finalizzato a coinvolgere attivamente il personale nelle strategie e negli obiettivi dell'Amministrazione, rendendo esplicito il contributo richiesto a ciascun dipendente per il conseguimento dei risultati attesi, indipendentemente dalla modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

La verifica dell'attività svolta in modalità di lavoro agile, al pari di quella resa in presenza, è demandata al **Responsabile di Servizio**, che esercita il potere di direzione e controllo sulla prestazione concordata con il dipendente in lavoro agile. Il Responsabile valuta la coerenza e la congruità dell'andamento dell'attività rispetto agli obiettivi e ai contenuti definiti nel progetto individuale, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 4 della legge n. 300/1970 e successive modificazioni.

Attraverso il sistema di valutazione della performance individuale, l'Azienda persegue le seguenti finalità:

- valorizzare il contributo individuale del personale rispetto agli obiettivi complessivi dell'Amministrazione e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare in modo trasparente le aspettative in termini di risultati attesi e comportamenti organizzativi;
- supportare il miglioramento continuo della performance individuale, favorendo l'allineamento con gli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda;
- valutare le prestazioni e restituire feedback strutturati sui risultati conseguiti e sulle prospettive di sviluppo;
- contribuire alla creazione e al mantenimento di un clima organizzativo positivo;
- valorizzare e premiare la performance attraverso adeguati sistemi incentivanti;
- promuovere una gestione efficace, equa e responsabile delle risorse umane.

A titolo esemplificativo, di seguito si riportano le **dimensioni di valutazione** connesse ai livelli di performance da considerare ai fini di una misurazione attendibile e significativa dei risultati conseguiti.

Tab.133 : Esempio valutazione livelli di performance

Dimensioni		Esempi di possibili INDICATORI di performance organizzativa
Efficienza	Produttiva	Diminuzione assenze
		$\left[\frac{\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X} - \text{Giorni di assenza/giorni lavorabili anno X-1}}{\text{Giorni di assenza/giorni lavorabili mese anno X-1}} \right] * 100$

	Economica	Diminuzione ore in straordinario (n. ore in straordinario retribuite anno X - n. Ore straordinarie retribuite anno x-1/n. Ore straordinarie retribuite anno x-1) *100, costo ticket
Efficacia	Qualitativa	L'efficacia qualitativa nelle fasi di sviluppo intermedio e avanzato del POLA, sarà rilevata indicando il valore medio delle valutazioni annuali del contributo individuale effettuata sui lavoratori agili.

6. Piano triennale dei fabbisogni del personale

6.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12/2025

Si rappresenta di seguito la mappatura aggiornata al 31/12/2025 delle risorse umane in servizio, suddivise in relazione ai profili professionali presenti:

Tab. 134 : Consistenza dell'organico al 31.12.2025 per qualifica

Tipologia	Qualifica	Numero
Personale dirigente	Dirigenti Medici	1115
	Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	59
	Dirigenti sanitari non medici	157
Personale non dirigente	Comparto	3840
Totale		5170

Tab. 135 : Consistenza dell'organico al 31.12.2025 personale dirigente

Tipologia	Qualifica	Ruolo	Numero
Personale dirigente	Dirigenti Medici	Sanitario	1115
	Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	Amministrativo	25
		Professionale	19
		Tecnico	15
	Dirigenti sanitari non medici	Sanitario	157
Totale			1331

Tab. 136: Consistenza dell'organico al 31.12.2025 per figura professionale (personale dirigente)

Tipologia	Qualifica	Ruolo	Fig. Professionale	Numero
Personale dirigente	Dirigenti Medici	Sanitario	Dir. Medico	924
			Dir. Veterinario	191
	Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi	Amministrativo	Dir. amministrativo	25
		Professionale	Architetto	2
			Avvocato	9
			Ingegnere	8
		Tecnico	Analista	1

			Sociologo	14
	Dirigenti sanitari non medici	Sanitario	Biologo	46
			Farmacista	46
			Psicologo	64
			Professioni Sanitarie	1
Totale				1331

Tab. 137 : Consistenza dell'organico al 31.12.2025 personale non dirigente

Tipologia	Qualifica	Ruolo	Numero
Personale non dirigente	Comparto	Amministrativo	502
		Personale Tecnico Sanitario e della Prevenzione	70
		Professioni Sanitarie Infermieristiche	2529
		Professioni Sanitarie Riabilitative	116
		Tecnico	242
		Socio Sanitario	381
Totale			3840

Tab. 138 : Consistenza dell'organico al 31.12.2025 per figura professionale (personale non dirigente)

Tipologia	Qualifica	Ruolo	Fig. Professionale	Numero
Personale non dirigente	Comparto	Amministrativo	Assistente amm.	230
			Coadiutore amm.	52
			Collaboratore amm.	216
			Commesso	4
		Personale Tecnico Sanitario e della Prevenzione	Dietista	8
			Tecnico di neurofisiopatologia	4
			Tecnico di fisiopatologia cardiocircol. E profusione cadiovasc.	6
			Tecnico della prevenzione	52
		Professioni Sanitarie Infermieristiche	Infermiere	2107
			Infermiere di comunità	48
			Infermiere pediatrico	87
			Ostetrica	73
			Puericultrice	9
			Tecnico audiometrista	7
			Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	77
			Tecnico sanitario di radiologia medica	117
		Professioni Sanitarie Riabilitative	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	4
			Educatore Professionale	18
			Fisioterapista	55
			Logopedista	10
			Ortottista	7
			Tecnico dell'educazione e riabilit. psichiatrica e psicosociale	21
		Tecnico	Terapista occupazionale	5
			Assistente tecnico	37
			Ausiliario	11
			Autista	69

			Collaboratore Tecnico	39
			Operatore Tecnico	60
			Assistente informatico	26
		Socio Sanitario	Assistente sociale	69
			Operatore Socio Sanitario	312
Totale				3840

6.2 Cessazioni programmate per il triennio 2024-2026

Come noto, particolare rilevanza rivestono ai fini dell'elaborazione del PTF, in termini di turn over, le cessazioni intervenute e pianificate sulla base dei dati attualmente conosciuti rispetto al triennio di riferimento.

Tab.139 Previsioni cessazioni per gli anni 2025 e 2026

		Codice Azienda / Des				
Area	Macroprofilo 1	Totale complessivo				
		Testa	Età media	Anzianità media	Possibili cessazioni anno X+1	Possibili cessazioni anno X+2
Comparto	Personale amministrativo	77	51	18	10	4
	Personale della riabilitazione	21	47	8		
	Personale infermieristico	1.094	50	17	66	47
	Personale professionale	4	54	10		
	Personale tecnico	330	52	14	31	4
	Personale tecnico sanitario	139	51	15	8	5
Dirigenti	Dirigenti amministrativi	3	61	7		
	Dirigenti medici	525	49	10	15	0
	Dirigenti sanitari	39	49	10	2	0
Non associabile	Non associabile	0	48	9		
Non specificato	Non specificato	0	51	14		
Organi direttivi	Organi direttivi	0	58	16		
Totale complessivo		2.232	50	15	132	60

6.3 Piano del fabbisogno del personale per il triennio 2024-2026

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), quale componente fondamentale del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026 dell'ASL Caserta, costituisce lo strumento di programmazione strategica attraverso cui l'Azienda definisce, in un'ottica triennale, il fabbisogno quantitativo e qualitativo delle risorse umane necessarie a garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nel rispetto dei vincoli normativi e di finanza pubblica. Il Piano, elaborato annualmente dalla UOC Gestione delle Risorse Umane in raccordo con la Direzione Strategica, si fonda sull'analisi della consistenza del personale al 31 dicembre dell'anno precedente, sulle cessazioni previste, sui fabbisogni emergenti e sugli obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse, tenendo conto della Mission aziendale e della performance organizzativa. La determinazione delle dotazioni organiche avviene sulla base degli standard normativi e regionali di riferimento, dell'organizzazione della rete di offerta ospedaliera e territoriale, dei volumi e della complessità delle attività erogate, nonché del rispetto della disciplina dell'orario di lavoro e della turnistica. Particolare attenzione è rivolta al progressivo rafforzamento dell'assistenza territoriale e della prevenzione, in

coerenza con i processi di integrazione ospedale-territorio, nonché alla valorizzazione delle professionalità necessarie a sostenere l'innovazione organizzativa, la qualità delle cure e la formazione continua del personale.

Il Piano dei Fabbisogni 2024-2026, elaborato nel rispetto della DGRC 190/2023 (con la quale è stato approvato il Disciplinare Tecnico recante “Metodologia per la determinazione del Fabbisogno del Personale degli Enti del SSR della Campania “per le annualità 2024,2025 e 2026 di aggiornamento del Disciplinare tecnico allegato alla DGRC n. 593/2020), del D.M. 08/05/2018 e compatibile con il limite di spesa del personale stabilito dalla Legge 191/2009 e s.m.i., è stato adottato con DGRC n. 740 del 22/10/2025, (pubblicata nel B.U.R.C. n.78 del 03/11/2025).

Con Delibera n. 342 del 14/11/2025 si è “Preso atto della D.G.R.C. del 22/10/2025 con l'Adozione in via definitiva del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2024-2026”, di cui si riportano le tabelle di sintesi.

Tabella A PTFP 2024-2026

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 SSN*	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard pensionati	FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026
RUOLO SANITARIO	3.453	5.274	298	1.821	959	314	404	151
Dirigenti Medici	1.132	1.844	51	712	377	120	190	57
Dirigenti Sanitari non medici	130	260	43	150	65	17	42	6
di cui dirigenti professionisti sanitari	-	-	-	-	2	-	1	1
di cui farmacisti	45	-	-	-	12	4	5	3
di cui altri sanitari non medici	85	-	-	-	53	13	36	2
Personale del comparto area sanitaria	2.191	3.150	187	959	517	167	262	88
di cui infermieri	1.788	2.242	160	454	344	96	152	56
di cui infermieri di famiglia	-	-	-	-	-	-	-	-
di cui ostetriche	49	141	-	72	29	9	14	6
di cui tecnici sanitari	180	448	-	268	58	17	35	5
di cui altro comparto sanitario	140	319	27	173	86	45	30	11
RUOLO SOCIO-SANITARIO	298	735	80	438	154	60	75	29
Personale del comparto area socio-sanitaria	298	735	80	438	154	60	75	29
di cui OSS	257	575	62	318	102	43	56	23
di cui assistenti sociali	41	160	18	120	32	17	19	6
RUOLO TECNICO	262	344	7	82	81	33	39	9
Dirigenti	14	20	1	6	6	1	2	0
Personale del comparto area tecnica	248	324	6	76	75	32	37	7
RUOLO PROFESSIONALE	19	43	-	24	7	-	4	3
Dirigenti	19	25	-	6	6	-	4	3
Personale del comparto area professionale	-	18	-	18	2	-	1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO	125	755	12	141	63	27	26	10
Dirigenti	26	55	1	29	6	-	4	2
Personale del comparto area amministrativo	99	699	11	112	57	27	22	8
TOTALE	4.007	7.113	301	2.500	1.504	464	539	209

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

Fig. 140

Tabella DM77 PTFP 2024-2026 | PNRR

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 *	Strutture DM n.77/2022						FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026	CNK
		TOTALE STANDARD DM 77	STANDARD PERSONALE DM 77 C&C	STANDARD PERSONALE DM 77 C&C	STANDARD PERSONALE DM 77 CoT	STANDARD PERSONALE DM 77 USCA	STANDARD PERSONALE DM 77 CO NEA					
RUOLO SANITARIO	194	489	301	104	66	18	-	295	16	195	84	
Dirigenti Medici	19	25	-	15	-	9	-	6	-	4	2	SI
Dirigenti Sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
di cui professionisti sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
di cui farmacisti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
di cui altri sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Personale del comparto area sanitaria	175	464	301	88	66	9	-	289	16	191	82	SI
di cui infermieri	117	147	-	72	66	9	-	30	11	13	6	SI
di cui infermieri di famiglia	58	301	301	-	-	-	-	243	-	170	73	SI
RUOLO SOCIO-SANITARIO	40	173	114	48	11	-	-	133	5	90	38	
Personale del comparto area socio-sanitaria	40	173	114	48	11	-	-	133	5	90	38	SI
di cui OSS	40	154	95	48	11	-	-	114	-	80	34	SI
di cui assistenti sociali	-	19	19	-	-	-	-	19	5	10	4	SI
RUOLO TECNICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Personale del comparto area tecnica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Personale del comparto area professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
RUOLO AMMINISTRATIVO	5	68	57	-	11	-	-	63	8	38	17	
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI
Personale del comparto area amministrativo	5	68	57	-	11	-	-	63	8	38	17	SI
TOTALE	239	736	472	152	88	18	-	499	29	323	139	

* personale in servizio presso le strutture DM77/22 (personale riassegnato o nuove assunzioni)

Fig 141

6.4 Trattenimento in servizio e raccordo con il fabbisogno di personale

Nell'ambito della programmazione del fabbisogno di personale e delle politiche di gestione del capitale umano, l'ASL Caserta, in coerenza con gli obiettivi di continuità organizzativa, trasferimento delle competenze e presidio delle funzioni strategiche, potrà valutare il ricorso all'istituto del **trattenimento in servizio** previsto dall'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

Tale facoltà potrà essere esercitata, **non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali ordinarie disponibili a legislazione vigente**, esclusivamente in presenza di **esigenze funzionali non diversamente assolvibili**, anche con riferimento ad attività di **tutoraggio, affiancamento e trasferimento delle competenze** a favore del personale neoassunto, in un contesto caratterizzato da un rilevante ricambio generazionale.

Il ricorso al trattenimento in servizio è strettamente connesso alla programmazione del fabbisogno di personale, in quanto finalizzato a:

- garantire la continuità gestionale e assistenziale nelle aree a maggiore complessità organizzativa o ad elevata specializzazione;
- preservare e valorizzare il patrimonio di competenze professionali strategiche per l'Azienda;
- accompagnare i processi di inserimento e sviluppo del personale di nuova assunzione;
- mitigare i rischi organizzativi derivanti da cessazioni concentrate nel tempo.

Il trattenimento in servizio non costituisce in alcun caso un diritto del dipendente, ma una facoltà discrezionale dell'Amministrazione, esercitata previa valutazione nell'ambito degli atti di pianificazione annuale e pluriennale del PIAO, nel rispetto delle compatibilità economico-finanziarie e dei vincoli assunzionali.

L'individuazione del personale interessato è subordinata:

- al possesso di una valutazione della performance di livello ottimo o eccellente, secondo il sistema di valutazione vigente;
- alla manifestazione del consenso dell'interessato;
- alla coerenza con le esigenze organizzative e assistenziali individuate.

Le eventuali durate del trattenimento saranno determinate in modo congruo e proporzionato alle esigenze da soddisfare, privilegiando soluzioni idonee a garantire stabilità organizzativa ed evitare frammentazioni, nel rispetto del quadro normativo vigente. (Circolare Zangrillo "Oggetto: Indicazioni applicative del ricorso al trattenimento in servizio di cui all'articolo 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.").

7. Formazione del Personale

Le proposte formative sono redatte in coerenza con gli obiettivi formativi annuali e pluriennali previsti dal PIAO.

Tab. 142-Piano formativo

STRUTTURA PROPONENTE	TITOLO DEL CORSO	BISOGNI	OBIETTIVI
SERVIZIO FORMAZIONE	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) - (PNRR M6C22.2B)	Contrasto alle infezioni nelle strutture ospedaliere.	Acquisizione delle conoscenze utili nella sorveglianza delle ICA da applicare nei diversi setting assistenziali. Acquisizione di abilità pratiche finalizzate alla sanificazione corretta delle superfici, dispositivi medici e ambienti, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti. Approfondimento delle conoscenze sulle infezioni più frequenti come azione di contrasto alle ICA.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	IL RUOLO DEL FACILITATORE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI	Formazione obbligatoria ex art. 37 D.Lgs. n. 81/08 per i lavoratori in materia di salute e sicurezza, e sull'accordo Stato-Regioni del 21.12.2011.	Acquisire conoscenze generali sui rischi da MMP in ambiente di lavoro.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Formazione ex art.37 D.Lgs.81/2008 – Parte generale	L'art. 37 del D.Lgs.n° 81/2008 sancisce per il datore di lavoro l'obbligo di garantire un'adeguata formazione al lavoratore in materia di tutela per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro.	Tutela e sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Formazione ex art.37 D.Lgs.81/2008 per i lavoratori dell'ASL Caserta– Parte specifica	L'art. 37 del D.Lgs.n° 81/2008 sancisce per il datore di lavoro l'obbligo di garantire un'adeguata formazione al lavoratore in materia di tutela per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro. L'evento formativo costituisce inoltre una presa di coscienza dei rischi presenti nei luoghi di lavoro. Pertanto, formando i lavoratori si risponde ad un obbligo di legge, ma nel contempo si esegue prevenzione in merito ai rischi presenti e ai possibili infortuni o malattie professionali.	Acquisire conoscenze generali sui rischi da MMP in ambiente di lavoro.

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Le aggressioni e le violenze sui luoghi di lavoro	Adeguamento alle Linee Guida Nazionali in osservanza della delibera n. 16 del 20 febbraio 2024 con l'Istituzione dell'Osservatorio Regionale sulle Aggressioni.	Il corso è diretto ad acquisire le competenze osservazionali per l'individuazione precoce dei comportamenti a rischio e a diffondere le tecniche e le procedure di prevenzione e gestione dei comportamenti violenti a danno degli operatori.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE DEGLI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO	Adeguamento alla norma per addetti per l'attuazione di misure di primo soccorso (D.Lgs.n°81/08 e s.m.i., Decreto 388/2003).	Formare ulteriori addetti in modo da garantire la presenza, in ogni unità operativa e per ogni turno, di personale formato in materia di primo soccorso.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO Rischio alto (3-FOR)	Adeguamento normativo all'art. 37 del D.Lgs.n° 81/2008 e del DM 10-03-1998 che prevedono la costituzione di squadre per l'attuazione di misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e di gestione dell'emergenza	Integrare o costituire le squadre antincendio per la costituzione di un nucleo preparato a fronteggiare l'emergenza con efficacia e garantire la presenza di addetti formati in ogni turno di servizio
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	FORMAZIONE BASE DEI PREPOSTI	Adeguamento normativo all'articolo 2 del D.Lgs. 81/08 sulla formazione dei preposti definisce il preposto come personain grado di garantire la supervisione e il rispetto delle norme di prevenzione e sicurezza.	Conoscere i propri compiti e le responsabilità rispetto alla normativa. Acquisire le competenze nel processo di valutazione dei rischi.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Aggiornamento biennale FORMAZIONE DEI PREPOSTI	Aggiornamento dei Preposti individuati in base all'art. 2 del D.Lgs. 81/08	Adeguamento alla normativa.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO IN TEMA DI RADIOPROTEZIONE	Rassegna aggiornata dei più recenti riferimenti normativi in materia di radioprotezione per consentire una fruizione individualizzata adatta alle esigenze e alle disponibilità del singolo discente.	Garantire la massima sicurezza sia del paziente che dell'operatore nella pratica clinica quotidiana relativamente alla radiprotezione.

UOPC DS 13	LA RETE PER L'ATTIVITA' FISICA ADATTATA NELL'ASL DI CASERTA E L'IMPORTANZA DEL COUNSELING BREVE NELLA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARE (PP02)	Come previsto dal PRP 2020-2025, il Progetto formativo nasce dall'esigenza di organizzare percorsi di formazione congiunta, inclusi quelli sul counseling breve, tra operatori sanitari e non, impegnati nelle attività nella Rete Regionale AFA (Attività Fisica Adattata).	Il corso è finalizzato a diffondere le linee guida regionali sull'AFA e all'apprendimento e approfondimento delle competenze comunicativo-relazionali e di base del counseling
UOC IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	ALLENATI AL LAVORO TRASFORMA LO STRESS IN ENERGIA (PP03)	INCREMENTO DELLE PROBLEMATICHE MUSCOLO SCHELETRICHE, RIDUZIONE DELLA CAPACITA' DI CONCENTRAZIONE E AUMENTO DEI LIVELLI DI STRESS.	FORNIRE COMPETENZE DI BASE DI ERGONOMIA APPLICATA AL POSTO DI LAVORO, CONTRIBUENDO ALLA PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA IN AMBIENTE LAVORATIVO.
UOC IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	RESET! IL COUNSELING BREVE CHE TI RIMETTE IN EQUILIBRIO (PP03)	PREVENZIONE DELLE DISABILITA' E MORBILITA' DEL FUTURO	FORNIRE STRUMENTI PER LO SVILUPPO DI PIANI D'AZIONE PERSONALIZZATI, SOSTENIBILI ED ADATTATI AL CONTESTO DI VITA E DI LAVORO
UOC IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	ENERGIA A LAVORO: SCELTE ALIMENTARI CHE FANNO LA DIFFERENZA (PP03)	AUMENTARE L'ATTENZIONE VERSO IL BENESSERE DEI LAVORATORI E L'IMPATTO DEGLI STILI DI VITA SULLA SALUTE E SULLA PRODUTTIVITA'	APPROFONDIRE I PRINCIPI BASE DELLA NUTRIZIONE
UOPC DS 12	SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA” Prevenzione degli Incidenti Domestici e stradali - Formazione per Operatori Sanitari (PP05)	Gli incidenti domestici rappresentano una delle principali cause di accesso ai servizi sanitari, con particolare impatto sulla popolazione pediatrica e anziana. È necessario formare il personale aziendale impegnato nelle attività di prevenzione e assistenza, al fine di ridurre i rischi e migliorare la capacità di intervento	Fornire conoscenze teoriche e pratiche sugli incidenti domestici più frequenti. Sviluppare competenze di prevenzione e gestione del rischio. Rafforzare la capacità di comunicazione e sensibilizzazione verso la popolazione pediatrica e anziana. Promuovere l'integrazione tra operatori sanitari e servizi territoriali
SERVIZIO IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	PREVENZIONE IN PRATICA-ESPERIENZE E PROSPETTIVE-RESTITUZIONE E CONDIVISIONE DEI RISULTATI DEI PIANI MIRATI DI PREVENZIONE PP06, TRA RIFLESSIONI E PROSPETTIVE (PP06)	RAFFORZAMENTO DELLA CULTURA DELLA PREVENZIONE E PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO ATTIVO DELLE AZIENDE E DEI MEDICI COMPETENTI NELLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE	ADOZIONE ALL'IMPIEGO DI SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE RIVOLTE ALLE AZIENDE E DEI MEDICI COMPETENTI PER LA GESTIONE DEI RISCHI INDIVIDUATI

		MALATTIE PROFESSIONALI	
SERVIZIO IGIENE E MEDICINA DEL LAVORO	GESTIONE DEI CASI DI MALATTIE INFETTIVE NEI LAVORATORI: PREVENZIONE, PROCEDURE E RESPONSABILITA'	CRITICITA' EMERGENTE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI	SVILUPPARE COMPETENZE TECNICO-SCIENTIFICHE E OPERATIVE PER LA GESTIONE STANDARDIZZATA DELLE MALATTIE INFETTIVE NEI CONTESTI LAVORATIVI
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	LA TUTELA DEL LAVORATORE IN EDILIZIA	AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE OPERANTE NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SUI TEMI DELLA TUTELA SANITARIA E DELLA SICUREZZA ANCHE ALLA LUCE DELLE NUOVE INTEGRAZIONI AL Dlgs 81/08	FORNIRE AL PERSONALE IMPEGNATO STRUMENTI DI AUTODETERMINAZIONE FINALIZZATI ALL'EFFICACIA ED ALL'EFFICIENZA DEGLI INTERVENTE ED ALLA MOTIVAZIONE PROFESSIONALE DEI SINGOLI
SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE	Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST): un up to date (PL15)	Formazione continua al personale sanitario sulle infezioni sessualmente trasmissibili.	Approfondimenti su argomenti come la segnalazione delle malattie infettive sessualmente trasmissibili e dell'HIV, la early detection per interrompere i possibili contagi secondari.
CORDINAMENTO DEI SERVIZI VETERINARI	COMUNICAZIONE PROFESSIONALE NELL'AMBITO DEI CONTROLLI UFFICIALI	AUMENTO DELLE AGGRESSIONI, SIA VERBALI SIA FISICHE, NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI	PROMUOVERE UN AMBIENTE RELAZIONALE PIU' SICURO E COLLABORATIVO, IN GRADO DI PREVENIRE L'INSORGENZA DI TENSIONI CHE POSSONO EVOLVERE IN CONFLITTI O COMPORTAMENTI AGGRESSIVI
CORDINAMENTO DEI SERVIZI VETERINARI	I PROCEDIMENTI E LE PROCEDURE NEI CONTROLLI UFFICIALI ED ALTRE ATTIVITA' UFFICIALI: DALLA PROGRAMMAZIONE ALL'ESECUZIONE	POTENZIARE LE COMPETENZE OPERATIVE DEL PERSONALE ADDETTO AI CONTROLLI PER AFFRONTARE IN MODO EFFICACE LE ATTIVITA' ISPETTIVE	SVILUPPARE COMPETENZE TEORICHE E PRATICHE PER RENDERE IL PERSONALE AUTONOMO E SICURO NELLO SVOLGIMENTO DELLE ISPEZIONI
SERVIZIO VETERINARIO SANITA' ANIMALE	UTILIZZO PIATTAFORMA GISA PER LA SANITA' ANIMALE	ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE ADDETTO ALL'UTILIZZO CONFORME DELLA PIATTAFORMA	ACQUISIRE NUOVE CONOSCENZE PER UTILIZZO GISA IN SANITA' ANIMALE

SERVIZIO VETERINARIO SANITA' ANIMALE	PIANO NAZIONALE SEZIONE GENETICA RESISTENZA ALLA SCRAPIE	NUOVE INDICAZIONI MINISTERIALI PER LA PROSECUZIONE DEL PIANO	ACQUISIZIONE DELLA CONOSCENZA DELLE NUOVE NORME
SERVIZIO VETERINARIO SANITA' ANIMALE	PIANO NAZIONALE E REGIONALE PER ERADICAZIONE TBC E BRC	APPROFONDIMENTO DEL NUOVO PIANO REGIONALE	ACQUISIZIONE DELLA CONOSCENZA DELLE NUOVE NORME
SERVIZIO VETERINARIO SANITA' ANIMALE	EPIDEMIOLOGIA E SISTEMI INFORMATICI/SISTEMI INFORMATIVI IN SANITA' ANIMALE	CARENZA DELLE CONOSCENZE DI BASE EPIDEMIOLOGICHE	ACQUISIRE NUOVE CONOSCENZE PER SVILUPPARE UN LESSICO COMUNE E CONDIVISO
UOC CARDIOLOGIA P.O. S. MARIA C.V	CRITICAL CARE NURSING: GESTIONE INFERMIERISTICA SPECIALISTICA NEI SETTING DI RIANIMAZIONE, UTIC E PRONTO SOCCORSO	MIGLIORARE LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NEI SETTING DI RIANIMAZIONE, UTIC E PRONTO SOCCORSO	ACQUISIRE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE PER LA GESTIONE CLINICO-ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CRITICO
UOC Pediatria e Neatologia PO Aversa	RIANIMAZIONE NEONATALE PER ESECUTORI	SVILUPPO DELLE COMPETENZE IN UN TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE	ACQUISIRE METODOLOGIA, CONCETTI E STRUMENTI PER LA RIANIMAZIONE DEL NEONATO IN SALA PARTO
UOC PNEUMOLOGIA PO S. MARIA C. V.	CORSO TEORICO-PRATICO SULLA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA. DAI PRESIDI AL MONITORAGGIO	FACILITARE L'ACQUISIZIONE DI UNIFORMITA' DEI COMPORTAMENTI RELATIVI ALLA PRATICA DELLA NIV CON L'INTENTO DI RIDURRE GLI ERRORI E COMPORTAMENTI ERRATI	ACQUISIZIONE E COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI RELATIVE ALLA PRATICA DELLA NIV IN CONDIZIONI CRITICHE DEL PAZIENTE(IRA)
HOSPICE ASL CE SAN FELICE A CANCELLO	GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE FRAGILE	Migliorare la gestione del paziente fragile domiciliare	Sviluppare strategie e competenze organizzative per garantire adeguata presa in carico del paziente fragile
UOC CHIRURGIA SENOLOGIA PO MARCIANISE	ROC E PROGETTO CARO: IL PERCORSO DELLA PAZIENTE ONCOLOGICA CON CARCINOMA MAMMARIO	FORMARE IL PERSONALE COINVOLTO NELL'INSERIMENTO IN ROC DELLA PAZIENTE CON CARCINOMA MAMMARIO E PROSIEGUO DELL'ITER NEL PROGETTO CARO PER LE PAZIENTI IN FOLLOW-UP.	Formazione continua del personale coinvolto e per MMG.

UOC CHIRURGIA SENOLOGIA PO MARCIANISE	NUOVO PDTA MAMMELLA	FORMARE IL PERSONALE ALLA LUCE DEI NUOVI PDTA, GARANTENDO I PERCORSI DI ASSISTENZA INTEGRATA MULTIPROFESSIONALI, COSTRUITI SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA.	Formazione continua del personale coinvolto e per MMG.
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO MARCIANISE	LA NUTRIZIONE CLINICA DEL PAZIENTE IN ICU (INTENSIVE CARE UNIT)	Ampliare e rafforzare le competenze, le abilità e le conoscenze in materia	Uniformare le procedure per la riduzione del rischio clinico e incrementare le conoscenze del personale delle varie unità operative aziendali
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO MARCIANISE	Tracheotomia in Terapia Intensiva: Come, quando, perché e dopo?	Ampliare ed rafforzare le competenze, le abilità e le conoscenze in Materia	Uniformare le procedure per la riduzione del rischio clinico
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO MARCIANISE	IL PERCORSO DELLA PARTOANALGESIA	ESAMINARE LA CONOSCENZA DELLE PROCEDURE RIGUARDO LA GESTIONE DEL DOLORE DURANTE IL PARTO, COME L'USO DI PROTOCOLLI E LA GESTIONE DELLE EMERGENZE.	APPROFONDIRE LE TECNICHE DI PARTOANALGESIA E DI ANALGESIA NON FARMACOLOGICHE
UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva PO Marcianise	LA GESTIONE CLINICA ED ENDOSCOPICA DELLE URGENZE GASTROENTEROLOGICHE	Valutare lo stato emodinamico prima di una consulenza gastroenterologica con UN approccio multidisciplinare.	Definire un percorso diagnostico e terapeutico allo scopo di migliorare l'assistenza e l'offerta sanitaria ai pazienti della nostra provincia definendo percorsi condivisi nel rispetto delle linee guida applicate alle nostre realtà.
UOC FARMACIA PO MOSCATI	Gestione dei medicinali stupefacenti e psicotropi in ambito ospedaliero: normativa, responsabilità professionali, processi operativi e prevenzione del rischio di diversione.	Il fabbisogno formativo riguarda la corretta comprensione dei ruoli e delle responsabilità dei diversi professionisti coinvolti, la gestione documentale, il percorso interno dello stupefacente, la prevenzione di errori, ammanchi e fenomeni di diversione, nonché la conoscenza dell'impianto sanzionatorio e dei sistemi di controllo	Comprendere il quadro normativo di riferimento relativo agli stupefacenti e alle sostanze psicotrope in ambito ospedaliero.

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	Gestione dei prodotti sanitari più complessi in ambito ospedaliero. Regole, responsabilità e modalità operative	La presenza di prassi consolidate, l'eterogeneità dei comportamenti prescrittivi, la crescente pressione sulla sostenibilità del sistema e l'aumento delle responsabilità professionali rendono necessario un intervento formativo trasversale, orientato non alla clinica del singolo prodotto, ma alla governance complessiva dell'utilizzo delle risorse sanitarie più complesse.	Comprendere il concetto di prodotto sanitario ad alta complessità e le motivazioni che ne richiedono un governo dedicato; riconoscere i principali fattori produttivi sanitari critici presenti in ambito ospedaliero; conoscere i processi decisionali che regolano l'utilizzo dei prodotti sanitari più complessi; identificare ruoli; applicare correttamente le procedure aziendali; contribuire alla prevenzione di inapproprietezze, criticità operative e rischi professionali; favorire un utilizzo appropriato, sicuro e sostenibile delle risorse sanitarie complesse nel rispetto delle responsabilità individuali e organizzative.
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	FARMACO E DISPOSITIVO VIGILANZA IN OTTICA ONE HEALTH: PERCORSI DI INNOVAZIONE E DI SICUREZZA INTEGRATA NELL'ASL CASERTA	INCENTIVARE LA SEGNALEZIONE SPONTANEA DI SOSPETTE ADR A FARMACI E INCIDENTI DA UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI SIA IN AMBITO OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE.	FORMARE E SENSIBILIZZARE ALL'USO ONE LINE COME STRUMENTO PER IL MONITORAGGIO DEL PROFILO RISCHIO BENEFICIO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI.
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO SESA AURUNCA	ATLS ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT	GESTIONE DEL TRAUMA, ACQUISIZIONE PROTOCOLLI DI DIAGNOSI E TERAPIA, VALUTAZIONE DELLE PRIORITA', STABILIZZAZIONE DEI PAZIENTI NELLA GOLDEN HOUR AL FINE DI CONTENERE E RIDURRE LA MORTALITA' PER PATOLOGIA TRAUMATICA, SIA PRECOCE CHE TARDIVA.	ACQUISIZIONE DELLE SKILLS PER LA GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE IN UN CENTRO SPOKE
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO SESA AURUNCA	GESTIONE DELL'EMORRAGIA CRITICA	DIAGNOSI PRECOCE E DEFINIZIONE DELLE CAUSE DELL'EMORRAGIA, FISIOPATOLOGIA DELLA COAGULOPATIA, CORREZIONE DEI DIFETTI EMOSTATICI IN CORSO DI EMORRAGIA SEVERA, ANALISI DEI	FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO ALL'APPROPRIATEZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE DEGLI EMOERIVATI E DEI FARMACI NEL CONTESTO DEL PAZIENTE CRITICO.

		TEST DI LABORATORIO E POINT OF CARE.	
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SESSA AURUNCA	APPROCCIO INFERMIERISTICO ALLA CURA DELLE LESIONI CUTANEE	CORRETTO APPROCCIO ALLA CURA DELLE LESIONI CUTANEE	MIGLIORARE L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER I PAZIENTI CON LESIONI CUTANEE COMPLESSE
UOSD Pediatria e Neonatologia PO SESSA AURUNCA	PBLSD PEDIATRICO	MIGLIORAMENTO DELLA CAPACITÀ DECISIONALE IN SITUAZIONI CRITICHE, SVILUPPO DI ABILITÀ PRATICHE ATTRAVERSO SCENARI SIMULATI CON USO DI MANICHINI	UNIFORMARE LE COMPETENZE DEL PERSONALE MIGLIORARE LA GESTIONE INTERNA DELLE EMERGENZE
DS 16	IL DISTRETTO SANITARIO E SERVIZI AL CITTADINO	APPROFONDIRE LA CONOSCENZA DEI SERVIZI OFFERTI ALLA CITTADINANZA	FORNIRE STRUMENTI PRATICI UTILI AD ANALIZZARE LA DOMANDA DELL'UTENZA
DS18	Ruoli, responsabilità e integrazione delle competenze nelle Case della Comunità: modelli organizzativi e operativi	Comprensione dei modelli organizzativi delle Case della Comunità; definizione chiara di ruoli e responsabilità professionali; sviluppo di competenze di integrazione multiprofessionale; coordinamento dei percorsi assistenziali territoriali; rafforzamento del lavoro in rete con MMG, PLS e servizi sociali; gestione operativa dei processi di presa in carico della persona	Conoscere i modelli organizzativi e operativi delle Case della Comunità; definire ruoli, funzioni e responsabilità dei diversi profili professionali; migliorare il coordinamento e la collaborazione multiprofessionale; favorire l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e amministrativi; promuovere una presa in carico appropriata, continuativa e centrata sulla persona; rafforzare la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio.
DS23	Dalla Cura alla Cura di Sé: Empowerment e Adesione Terapeutica nel Paziente Cronico	Fornire una base teorica solida per comprendere il cambio di paradigma nell'assistenza. Garantire che le strategie proposte siano evidence-based, integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	Descrivere e distinguere i concetti di Patient Empowerment, contestualizzandoli nel Chronic Care Model. Illustrare i metodi e gli strumenti standardizzati (scale e questionari) per la valutazione del livello di Empowerment e per la misurazione

			dell'aderenza terapeutica (diretta e indiretta). Sviluppare Piani di Self-Management: Co-creare, in collaborazione con il paziente, un Piano Terapeutico Individuale (PTI).
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	Il gruppo come strumento terapeutico nel DUA	Il mutamento degli stili di consumo di alcol richiede un approccio interdisciplinare capace di promuovere reti e collaborazione tra diversi servizi specialistici.	Aggiornamento delle conoscenze sull'alcol, le problematiche correlate e i percorsi di trattamento disponibili.
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	Intercettazione Precoce del rischio di sviluppo di Disturbi additivi in comorbidità con manifestazione psicopatologiche	Il pianeta delle addiction evolve sempre più rapidamente inglobando nuove manifestazioni, alcune già riconosciute dai sistemi di classificazione internazionali (DSM e ICD) quali il DGA e il Gaming Disorder, altre oggetto di studi per l'inserimento negli stessi sistemi di classificazione ma ormai ampiamente diffuse tra la popolazione, quali le dipendenze tecnologiche e le dipendenze affettivo-sessuali. Il moltiplicarsi delle forme di addiction non di rado associato a manifestazioni psicopatologiche sottosoglia, porta a ritenere fondamentale arricchire e ampliare la conoscenza di tali fenomeni da parte degli operatori del Dipartimento Dipendenze, soprattutto in un'ottica di intercettazione precoce.	Ampliare la conoscenza del fenomeno Addiction in tutte le sue nuove manifestazioni cliniche e riconoscere le manifestazioni psicopatologiche precoci comorbili ai disturbi additivi.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	La gestione dei comportamenti aggressivi e superamento della contenzione nella persona con disagio psichico	Conoscere le radici dell'aggressività. Capire il ciclo dell'aggressività per anticipare e gestire le fasi. Apprendere tecniche di de-escalation verbale e non verbale imparare a gestire le proprie reazioni emotive	Riconoscere, disinnescare e gestire il comportamento aggressivo nella persona con disagio psichico seguita dai servizi della salute mentale

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Teoria e tecnica della supervisione di gruppo nelle istituzioni	L'analisi dei bisogni formativi e di supervisione di gruppo è un processo sistematico per identificare lacune e necessità di apprendimento e sviluppo, interventi mirati che migliorino competenze individuali e dinamiche di team	Implementare le capacità di gestione degli utenti gravosi e miglioramento del clima di lavoro dell'equipe
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	PTRP, Budget di Salute e Progetto di Vita Formazione congiunta DSM – Distretto SS-Ambiti Territoriali – Cooperative Sociali nel quadro del PNES	La crescente complessità dei bisogni in salute mentale richiede modelli di intervento integrati, capaci di superare la frammentazione tra sanitario, sociale e comunitario. La formazione congiunta mira a costruire linguaggi comuni, strumenti condivisi e governance integrata, valorizzando il contributo degli ESP come risorsa di appropriatezza ed equità.	Inquadrare PTRP e Budget di Salute nella programmazione PNES Tradurre il Progetto di Vita in PTRP condivisi DSM-Ambiti-ETS Coinvolgere strutturalmente gli ESP nei percorsi progettuali
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Disturbi di personalità	Comprendere i disturbi secondo diverse prospettive e classificazioni	Sviluppare consapevolezza clinica e capacità di auto-osservazione per migliorare la relazione terapeutica.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Abitare i Servizi: Cantieri Dialogici nei Servizi di Salute Mentale del DSM di Caserta	La crescente complessità dei bisogni in salute mentale richiede modelli di intervento integrati: la presenza anche di familiari, utenti, esp è finalizzata a valorizzare il sapere esperienziale, promuovere la polifonia delle voci e rafforzare l'orientamento recovery-oriented delle pratiche cliniche e organizzative.	Applicare pratiche dialogiche nei setting reali di cura. Condurre intervistazioni dialogiche itineranti. Integrare formalmente ESP e familiari nei processi riflessivi. Migliorare qualità, recovery e appropriatezza delle pratiche cliniche e organizzative
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	GRUPPI DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE	I gruppi di psicoanalisi multifamiliare, sono finalizzati al coinvolgimento nella cura, insieme ai pazienti, di diverse generazioni di loro familiari e congiunti, unitamente ai diversi membri dell'equipe degli operatori coinvolti	Proprio la possibilità di far partecipare ad un gruppo terapeutico psicoanalitico i diversi operatori coinvolti nella cura dei pazienti gravi all'interno delle Istituzioni, inoltre, ha contribuito in molti casi a modificare profondamente le modalità di lavoro e di

			interazione all'interno dei diversi contesti terapeutici.
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Superamento della contenzione meccanica	Il tema del superamento della contenzione meccanica in psichiatria coincide con la nascita stessa della psichiatria. Dalla fine del 700 sono state eseguite diverse proposte su come superarla.	Diverse sono state le esperienze sia nazionali che internazionali di superamento della contenzione, le stesse hanno dimostrato che è possibile attraverso una maggiore attenzione agli aspetti clinico assistenziali organizzativi e di formazione degli operatori.
Coordinamento Sociosanitario	L'integrazione sociosanitaria fra percorsi amministrativi e sistemi informativi	Percorso di confronto e di crescita sulle procedure sociosanitarie alla luce dell'applicazione di nuovi sistemi e recenti normative.	Efficacia ed efficienza fra i partner del percorso
Coordinamento Sociosanitario	Promozione di un approccio culturale e operativo human right oriented	Nell'ambito degli Obiettivi di Piano Linea 2, il progetto "Potenziamento delle azioni di tutela della salute dedicate alle persone a maggior rischio di vulnerabilità sociale" approvato con Delibera 1876 del 30/10/2023, tra le azioni previste contemplava tre edizioni (una per anno) di un corso di formazione sull'argomento richiamato nel titolo.	Potenziare negli operatori ASL un approccio interculturale, rispettoso dei diritti umani da applicare nello svolgimento delle proprie mansioni.
SERVIZIO FORMAZIONE	BLSD	Adeguamento alle linee Guida ILCOR 2025	Aggiornamento e implementazione del BLSD

SERVIZIO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy	L'attuazione della normativa in materia di trasparenza e privacy in ambito sanitario	Il programma formativo dovrà in particolare effettuare approfondimenti sui seguenti temi: Obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale, con particolare riguardo alla sezione "Amministrazione Trasparente"; Oscuramento dei dati in materia di redazione degli atti amministrativi con particolare riguardo a determine dirigenziali e deliberazioni del direttore generale.	Fornire alla dirigenza aziendale gli strumenti per bilanciare il dovere di pubblicità con la tutela dei dati personali di pazienti, dipendenti ecc.
SERVIZIO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy	L'attuazione della normativa in materia di etica e anticorruzione in ambito sanitario	Il programma formativo dovrà in particolare effettuare approfondimenti sui seguenti temi: Conflitto di interessi; Inconferibilità; Incompatibilità; Pantouflage; Rotazione del Personale (ordinaria e straordinaria).	Fornire alla dirigenza aziendale gli strumenti per identificare e neutralizzare i fattori di rischio corruttivo all'interno dei processi decisionali. Attraverso l'analisi di casi pratici e delle linee guida ANAC, i partecipanti approfondiranno argomenti utili a trasformare l'anticorruzione da mero adempimento burocratico a leva di efficienza organizzativa.
SERVIZIO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy	La disciplina del Whistleblowing	Il programma formativo dovrà in particolare effettuare approfondimenti sui seguenti temi: le modalità di segnalazione; i canali interni ed esterni all'azienda; la tutela del dipendente che segnala illeciti	L'obiettivo non è formare esperti di diritto, ma operatori consapevoli dei principi cardine della privacy, capaci di applicarli con sicurezza nella propria operatività quotidiana, sia in ambito sanitario che amministrativo.
SERVIZIO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy	La normativa in materia di privacy in ambito sanitario (elementi base)	Effettuare approfondimenti sui seguenti temi: le varie tipologie di dati in ambito sanitario; i soggetti coinvolti; il trattamento dei dati.	L'obiettivo non è formare esperti di diritto, ma operatori consapevoli dei principi cardine della privacy, capaci di applicarli con sicurezza nella propria operatività quotidiana, sia in ambito sanitario che amministrativo.
SERVIZIO EDILIZIA OSPEDALIERA E P.P. INVESTIMENTO	Prevenzione incendi	Prevenzione incendi	Obbligatorio e propedeutico per l'assunzione di responsabilità tecniche specifiche in materia di sicurezza antincendio, ai sensi della normativa vigente.

SERVIZIO EDILIZIA OSPEDALIERA E P.P. INVESTIMENTO	Corso di formazione per Coordinatori per la progettazione e per l'esecuzione dei lavori D.lgs. 81/08.	Formare i Coordinatori per la progettazione e per l'esecuzione dei lavori D.lgs. 81/08.	Fornire le competenze tecniche, normative e organizzative necessarie per l'espletamento degli incarichi di Coordinatore per la Progettazione (CSP) e per l'Esecuzione dei lavori (CSE).
SERVIZIO EDILIZIA OSPEDALIERA E P.P. INVESTIMENTO	Corso di formazione specialistico sugli appalti pubblici di lavori – Corso fornito da Formazione Maggioli.	La complessità degli appalti di lavori pubblici, in particolare in ambito sanitario, richiede competenze specialistiche aggiornate sul Codice dei Contratti Pubblici, sulle procedure di affidamento e sulla fase di esecuzione dei lavori.	Approfondire la normativa sugli appalti di lavori pubblici. Migliorare la gestione delle fasi di gara ed esecuzione. Rafforzare il ruolo e le responsabilità del RUP. Ridurre il rischio di contenzioso e criticità procedurali.
SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE E MANUTENZIONE IMMOBILI TERRITORIALI	Project Management Per Responsabile Unico Del Progetto	Formazione Obbligatoria R.U.P.	Sviluppare e gestire le diverse fasi e ciclo di vita degli appalti, dalla progettazione e affidamento alla esecuzione contrattuale. Finalizzato a ottenere e mantenere i requisiti richiesti per le stazioni appaltanti qualificate, validi per le fasi di affidamento (livello base) e di esecuzione (livello base, intermedio e avanzato).
SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE E MANUTENZIONE IMMOBILI TERRITORIALI	Corso Codice Appalti e Gare di Appalto	Approfondire la normativa dei contratti pubblici, dalla sua concezione all'esecuzione.	Sviluppare e gestire le diverse fasi e ciclo di vita degli appalti, dalla progettazione e affidamento alla esecuzione contrattuale.
SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE E MANUTENZIONE IMMOBILI TERRITORIALI	Corso piattaforma ReGiS per il Next generation EU funzionalità e strutturazione	Aggiornamento degli aspetti della rendicontazione nella sua complessità sia amministrativa che di spesa oltre che di risultato.	La formazione richiesta mira a fornire competenze e strumenti metodologici idonei per affrontare le problematiche con particolare riferimento all'espletamento delle procedure, alla esecuzione della spesa, al monitoraggio, alla rendicontazione e ai controlli dei diversi soggetti coinvolti nel ciclo passivo.

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	FISCALITA' PUBBLICA	Assicurare continuità e competenza nella gestione fiscale e nella gestione dei contenziosi tributari, al fine di tutelare l'Ente e garantire il regolare rispetto degli adempimenti.	Affrontare la problematica e le criticità in merito a tutti gli adempimenti fiscali a cui è soggetta questa Amministrazione.
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE DELLE AZIENDE PUBBLICHE	La complessa e sempre attuale tematica dei vincoli di finanza pubblica e di bilancio, imposti a livello nazionale e comunitario uniti alla imprescindibile conoscenza dei sistemi contabili sottostanti, rendono indispensabile la formazione e il perfezionamento di professionalità specifiche in grado di leggere, analizzare, comprendere e revisionare i diversi tipi di contabilità rinvenibili nel settore pubblico.	Sviluppare e/o consolidare le competenze nella gestione delle sempre più limitate risorse economico – finanziarie a disposizione delle Amministrazioni pubbliche, nello specifico degli Enti del Servizio sanitario nazionale
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA	HTA APPLICATO ALL'INGEGNERIA CLINICA	Rendere il personale capace di governare l'intero ciclo di vita delle apparecchiature, dall'idea di acquisto alla dismissione.	Fornire strumenti metodologici per valutare tecnologie sanitarie e supportare decisioni di acquisto, rinnovo e dismissione, integrando aspetti clinici, economici, organizzativi e normativi.
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA	LEAN SIX SIGMA	Eccessiva burocrazia e complessità dei processi, Riduzione degli sprechi e ottimizzazione delle risorse	Comprendere i principi base del Lean Six Sigma, identificare gli sprechi e le inefficienze nei processi amministrativi, Apprendere tecniche di standardizzazione e miglioramento continuo, Utilizzare strumenti di misurazione delle performance, Favorire un mindset orientato al miglioramento continuo, Applicare il metodo DMAIC a casi concreti

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA	IL RUP, LE FASI DELL’AFFIDAMENTO E LA DIGITALIZZAZIONE DEL PUBLIC PROCUREMENT	Rafforzare le competenze del personale in materia di responsabilità del RUP, corretta applicazione delle fasi dell’affidamento e utilizzo degli strumenti di digitalizzazione del public procurement, al fine di garantire conformità normativa, efficienza procedurale e riduzione del rischio amministrativo.	Approfondire ruolo, responsabilità e funzioni del Responsabile Unico del Progetto (RUP) nel nuovo Codice dei contratti pubblici, analizzando le fasi dell’affidamento e l’impatto della digitalizzazione del procurement sulla gestione delle procedure di gara in ambito sanitario.
UFFICIO RECUPERO TICKET CENTRALE	La pianificazione del recupero crediti nelle Amministrazioni Pubbliche: profili giuridici, organizzativi e aggiornamenti 2024-2026	A seguito della convenzione con l’Agenzia delle Entrate – Riscossione (delibera n. 2054/2023), è emersa la necessità di consolidare le competenze già formate nel 2024 e aggiornare il personale sulle nuove procedure e sull’evoluzione dei sistemi informativi di riscossione	Aggiornare le conoscenze giuridiche e operative in materia di riscossione. Comprendere le novità legislative 2024-2026. Rafforzare le competenze nella pianificazione del recupero crediti. Migliorare l’efficienza organizzativa degli uffici amministrativi.
UOSD CUP, LISTE DI ATTESA, ALPI	Formazione e supporto al personale addetto al Cup (Front Office) sia pubblico che privato accreditato.	Formare e garantire un aggiornamento costante agli operatori addetti ai punti Cup Aziendali dislocati sul territorio, sia come front office che come back office, e le analoghe figure operanti presso strutture private accreditate operanti sulla piattaforma Sinfonia Cup in virtù delle ultime disposizioni legislative in merito.	Formare in modo completo e costante il personale addetto ai Cup presidiali/Distrettuali in merito alle modifiche apportate dalla So. Re. Sa. al portale Cup Campania, garantendo piena autonomia agli operatori CUP che supportano i Medici nella compilazione dei modelli di: Nuovo Offering/Variazione Offering/Attivazione.
SERVIZIO PROVVEDITORATO	Le novità del Codice degli appalti dopo il ‘Decreto Correttivo’ e il ‘Decreto Infrastrutture	Acquisizione di conoscenze aggiornate relative alle recenti modifiche apportate al D.Lgs. 36/2023 (Codice Appalti) con il c.d. Correttivo Appalti del 2025	Il Corso è utile e necessario per comprendere, dopo circa due anni dall’entrata in vigore del “Codice degli Appalti” (D.Lgs. 36/2023), le modifiche apportate nel 2025 - c.d. ‘Correttivo appalti’ - le principali novità intervenute e gli orientamenti giurisprudenziali maturati sulle tematiche più rilevanti

SERVIZIO PROVVEDITORATO	Project management	Il rinnovo della qualificazione per le Stazioni Appaltanti, legato alla figura del Project Manager (RUP), richiede formazione continua per dimostrare competenze aggiornate. I corsi specialistici (come quelli offerti da SNA, Università o enti accreditati) sono fondamentali per acquisire le conoscenze su project management, norme e strumenti (BIM, ecc.) e per ottenere certificazioni professionali (es. ISIPM-Av) che attestino l'adeguamento ai nuovi standard, con crediti formativi necessari per il mantenimento della qualificazione ogni 5 anni.	Il Corso, necessario ai fini del rinnovo della qualificazione della Stazione Appaltante, sarà dedicato alla acquisizione delle competenze manageriali dei RUP e alla specifica formazione professionale, nel rispetto delle norme e degli standard di project management, in materia di pianificazione, gestione e controllo dei progetti.
SERVIZIO FORMAZIONE	CRITICITA' ONCOLOGICA NUOVA SFIDA PER LE AZIENDE (LINEA L1)	La crescente complessità dei dati clinici, psicologici e della nutrizione in ambito oncologico richiede figure professionali in grado di raccogliere, analizzare e interpretare dati multidisciplinari. Emerge l'esigenza di formare professionisti in psico-oncologia, scienze della nutrizione e data manager nell'analisi dei dati, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti che non sia limitata alla sola cura farmacologica ma che possa coprire anche le restanti sfere personali d'impatto che la malattia ha sul paziente.	Prevenire e trattare la malnutrizione, ottimizzare i trattamenti antitumorali, ridurre gli effetti collaterali delle cure. Miglioramento della qualità della vita del paziente, attraverso la valutazione dello stato nutrizionale, creazione di piani personalizzati (counseling, diete, nutrizione artificiale). Acquisire strumenti per stimare precocemente il rischio nutrizionale. Comprendere come la nutrizione supporta e potenzia l'efficacia delle terapie oncologiche
SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE	IL DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI-LEGGE N.241/90	GARANTIRE, NEL RISPETTO DEI PRINCIPI GUIDA DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA, RISCONTRO ALLE ISTANZE RICEVUTE.	FORNIRE CONOSCENZA APPROFONDITA DELLA NORMATIVA E DELLE PROCEDURE AL FINE DELLA CORRETTA GESTIONE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO FORMAZIONE	Corso di formazione Infermiere di Famiglia o Comunità. (IFoC).	FORMAZIONE DEGLI INFERMIERI SUI BISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI CHE AFFERISCONO ALLE STRUTTURE TERRITORIALI	QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NELLA CONDUZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI DELLE CASE DI COMUNITA'

DIREZIONE SANITARIA	AGGIORNAMENTI IN MANAGEMENT PER COORDINATORI INFERMIERISTICI	AGGIORNARE I COORDINATORI INFERMIERISTICI AD UN RUOLO MANAGERIALE E DI LEADERSHIP	FAVORIRE IL CONFRONTO TRA PARI PER RISOLVERE I PROBLEMI DI NATURA MANAGERIALE
DIREZIONE SANITARIA	COMUNICARE IN AREA CRITICA COME E PERCHE'	Migliorare le abilità comunicative non tecniche (NTS) per gestire pazienti instabili utilizzando intelligenza emotiva per affrontare situazioni complesse e migliorare l'empowerment del paziente.	Acquisire conoscenze teorico/pratiche sulle tecniche di Comunicazione efficace in quelle aree rese "Critiche" dalla complessità clinica dei pazienti, dalla complessità della cura, dall'incertezza dei risultati.
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Aggiornamenti CORSO PER ADDETTI ANTINCENDIO - RISCHIO ALTO	L'art. 37 del D.Lgs.n° 81/2008 e il DM 10-03-1998 prevedono la costituzione di squadre per l'attuazione di misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza con aggiornamento biennale	Aggiornamento degli addetti alle squadre antincendio
DS 23	INTELLIGENZA ARTIFICIALE E MEDICINA PREDITTIVA	La sanità sta vivendo una trasformazione digitale: l'uso di algoritmi di intelligenza artificiale e strumenti di medicina predittiva permette di anticipare rischi, personalizzare cure e ottimizzare risorse.	Definire le competenze da sviluppare per un approccio multidisciplinare e innovativo.
DS 23	SANITA' INTERCULTURALE E INCLUSIVA	Il Distretto si confronta sempre più con utenti provenienti da culture, lingue e contesti sociali differenti. La diversità culturale e la presenza di gruppi vulnerabili richiedono competenze specifiche per garantire equità, accesso e qualità dell cure.	Prevenzione e screening mirati a popolazioni multietniche; favorire la comunicazione empatica e inclusiva.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE 118	FORMAZIONE IN AREA TRAUMA EXTRAOSPEDALIERA	Acquisizione competenze in PTC	Formazione in PTC e maxiemergenze
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE 118	EMERGENZE CARDIO-RESPIRATORIE	Formazione nelle attività dell'emergenza cardio-respiratoria	Miglioramento delle tecniche di emergenza cardio-respiratorie
SERVIZIO FORMAZIONE	MISURE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA	Approfondimenti delle best practice sull'uso degli antibiotici nell'ambito del PNCAR	Appropriatezza prescrittiva nell'uso degli antibiotici fra le categorie sanitarie coinvolte
SERVIZIO FORMAZIONE	TRIAGE IN PS	Aggiornamento sulle linee di Triage e del percorso di presa in carico secondo il modello del fast-track	Adozione del modello fast-track in pronto soccorso
SERVIZIO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT	L'AUDIT INTERNO COME STRUMENTO DI GOVERNO CLINICO NELL'ANALISI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVI	Applicare le metodiche di audit interno come uno strumento strategico di governo clinico utile nella verifica dell'aderenza agli standard e nell'individuazione di azioni correttive e preventive	diffondere una cultura integrata della qualità, che colleghi indicatori di performance, gestione dei processi, sicurezza del paziente, risk management e trattamento sistematico delle segnalazioni degli utenti e dei contenziosi. In tale prospettiva, la gestione dei reclami, delle segnalazioni e dei sinistri
SERVIZIO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT	STRUMENTI PER LO SVILUPPO DELLA SICUREZZA IN AZIENDA: DEFINIZIONE E APPLICAZIONE PRATICA DEI PRINCIPI E CONCETTI DI RISCHIO CLINICO ED INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Formazione dei neoassunti e l'aggiornamento di ciascun operatore già strutturato ad utilizzare lo stesso linguaggio e porsi gli stessi obiettivi di tutta l'Azienda nel problem solving giornaliero	Implementazione della cultura del Risk management e sulla maggiore consapevolezza sulla Sicurezza delle Cure compresi i rischi relativi alle infezioni correlate all'assistenza.

SERVIZIO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT	LA GESTIONE DEL PAZIENTE INFETTO PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO.	Formazione degli OSS nella gestione del posto letto e l'assistenza al paziente infetto.	Fornire agli OSS conoscenze teoriche e competenze pratiche aggiornate per una corretta gestione del posto letto e per l'assistenza al paziente infetto, nel rispetto delle precauzioni standard e aggiuntive.
COORDINAMENT O Cure Domiciliari Area delle Fragilità	Rilevanza della Psicogeriatria nel paziente in carico alle Cure Domiciliari: l'approccio multidisciplinare.	Rafforzare una cultura di inclusione e maggiore sensibilità verso la persona anziana nelle Cure Domiciliari, contrastando tutte le forme di discriminazione e disuguaglianza che emergono nei diversi luoghi di cura.	Illustrare le peculiarità dell'approccio multidisciplinare del paziente complesso in relazione ai disturbi del comportamento associati a declino cognitivo (demenze), con la presentazione di casi clinici e l'evoluzione del Percorso Diagnostico Terapeutico Individuale
COORDINAMENT O Cure Domiciliari Area delle Fragilità	La valutazione multidisciplinare del paziente fragile nell'ottica delle nuove Cure Domiciliari	L'aumento della popolazione anziana e delle persone affette da patologie croniche, pluripatologiche e degenerative ha determinato una crescente presenza di pazienti fragili, caratterizzati da complessità clinica, funzionale, psicologica e sociale. La gestione di questi pazienti richiede un approccio integrato e coordinato tra diverse figure professionali, superando il modello tradizionale centrato sulla singola disciplina.	Miglioramento delle conoscenze teoriche sulla fragilità e sui modelli di valutazione multidisciplinare; competenze pratiche nell'utilizzo di strumenti di valutazione clinica, funzionale, cognitiva, nutrizionale e sociale; abilità comunicative e collaborative per il lavoro in team; strumenti per la costruzione di progetti assistenziali individualizzati e condivisi.

COORDINAMENT O Cure Domiciliari Area delle Fragilità	Le nuove Cure Domiciliari	L'evoluzione del sistema sanitario e sociosanitario, unita all'aumento della domanda di assistenza territoriale e domiciliare, ha portato a un crescente bisogno di esternalizzare i servizi delle cure domiciliari, affidati a soggetti accreditati, enti del terzo settore e cooperative.	Supportare i professionisti nella gestione dei cambiamenti organizzativi e assistenziali legati all'esternalizzazione dei servizi, con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza, sull'efficienza del sistema e sulla soddisfazione di pazienti, caregiver e operatori.

8. Pari opportunità e Bilancio di genere

La Costituzione italiana sancisce il principio di uguaglianza sia in senso formale, quale uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge, sia in senso sostanziale, impegnando la Repubblica a rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza e impediscono il pieno sviluppo della persona umana e la partecipazione dei lavoratori alla vita sociale ed economica del Paese (art. 3). In tale quadro si inserisce la tutela specifica della donna lavoratrice prevista dall'art. 37 della Costituzione. In attuazione di questi principi, il legislatore ha introdotto un articolato sistema normativo volto a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne nel lavoro pubblico. In particolare, il D.Lgs. n. 165/2001 impone alle pubbliche amministrazioni il rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità in tutte le fasi del rapporto di lavoro. Il quadro normativo è stato ulteriormente rafforzato dal D.Lgs. n. 198/2006, Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, che prevede l'adozione di piani di azioni positive finalizzati alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. In tale prospettiva si colloca anche l'istituzione del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)**, introdotto dalla L. n. 183/2010, quale organismo deputato alla promozione delle pari opportunità, al contrasto delle discriminazioni e alla valorizzazione del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni.

In attuazione del quadro normativo di riferimento, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità hanno adottato le Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia (Direttiva 4 marzo 2011), volte a orientare l'azione dei CUG nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole amministrazioni. Tali indirizzi sono stati successivamente aggiornati e rafforzati dalla Direttiva n. 2/2019, che ha introdotto specifiche misure finalizzate alla promozione delle pari opportunità e al potenziamento del ruolo dei CUG nelle amministrazioni pubbliche. In tale contesto si colloca anche l'adozione del Bilancio di Genere, quale strumento di analisi e valutazione degli impatti delle politiche e delle scelte di spesa pubblica sulle donne e sugli uomini, in coerenza con le direttive del Dipartimento per le Pari Opportunità e con i principi di efficienza, trasparenza e valorizzazione delle risorse umane sanciti dal D.Lgs. n. 150/2009.

Nella sezione dedicata al Bilancio di Genere, redatto ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b), del decreto di riferimento, l'Amministrazione ha operato in conformità agli indirizzi contenuti nella Delibera n. 22/2011, individuando e illustrando gli obiettivi perseguiti in materia di pari opportunità di genere. In tale ambito, l'Amministrazione ribadisce il proprio impegno a prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione fondata, tra l'altro, su motivi sindacali, politici, religiosi, etnici, linguistici, di genere, di disabilità, di età, di orientamento sessuale e di convinzioni personali.

L'analisi di genere del bilancio consente di valutare in modo puntuale la coerenza tra i bisogni espressi dalla popolazione e la qualità e quantità dei servizi erogati, favorendo una maggiore trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche e una più ampia consapevolezza, da parte delle cittadine e dei

cittadini, delle modalità di impiego delle risorse economiche comuni. Il Bilancio di Genere rappresenta, pertanto, uno strumento di supporto alle decisioni pubbliche, volto a integrare la prospettiva di genere nelle politiche finanziarie ed economiche dell'Amministrazione, evidenziando l'impatto delle scelte di spesa su donne e uomini.

L'analisi condotta è finalizzata a promuovere risultati di equità e a migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nella distribuzione delle risorse pubbliche, contribuendo a una più equa allocazione della spesa e a una maggiore attenzione ai bisogni e agli interessi di tutta la collettività.

Il quotidiano Sole 24 ore nella sua trentacinquesima edizione della Qualità della Vita (risultati pubblicati nelle pagine del quotidiano del 1 Dicembre 2025) fotografa il benessere delle province italiane con 90 indicatori.

106 in classifica per “qualità della vita delle donne” in discesa di 2 posizioni rispetto al 2024, 4 posizioni rispetto al 2023 e di 6 rispetto al 2022.



Fig. 142

Fonte: Qualità di vita delle donne – Sole 24 ore - <https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita-donne/#>

Finalità del bilancio di genere

Finalità del bilancio di genere:

- **Trasparenza.** Nel quadro di un bilancio, la lettura di genere consente di evidenziare le aree di intervento maggiormente interessate dalle disparità e i loro margini di discrezionalità;
- **Equità.** Evidenzia la non neutralità delle decisioni che si assumono in sede di bilancio e assicura che la parità rappresenti un obiettivo politico e strategico e anche un indicatore della politica economica;
- **Consapevolezza.** La lettura di genere del bilancio aumenta nelle Amministrazioni la coscienza degli impatti del loro operato e consente anche alla cittadinanza di valutare l'operato dell'Ente anche su questo piano;
- **Efficienza.** Le differenze di genere, se non considerate, conducono a sempre più rilevanti perdite nell'efficienza economica, il Bilancio di genere è lo strumento che può garantire un impiego più razionale delle risorse.

Dimensione delle pari opportunità

Le donne nella Sanità

Nonostante i progressi normativi e culturali, il raggiungimento delle pari opportunità tra donne e uomini rappresenta ancora una sfida rilevante, anche nel contesto italiano. Secondo gli indicatori internazionali sulla parità di genere, l'Italia si colloca in una posizione non pienamente soddisfacente nel confronto globale ed europeo, evidenziando persistenti squilibri in ambiti strategici quali l'istruzione, l'empowerment e la condizione economica. Le analisi comparative mostrano, inoltre, come una quota significativa della popolazione femminile a livello mondiale viva in Paesi che, negli ultimi anni, non hanno registrato progressi sostanziali in termini di parità di genere.

In tale contesto, il settore sanitario, caratterizzato da una forte presenza femminile, è chiamato a svolgere un ruolo attivo nella promozione delle pari opportunità, valorizzando le competenze, favorendo l'accesso equo ai percorsi di carriera e contribuendo al superamento delle disparità ancora esistenti.

Tab 143

Tab

Descrizione	31/12/2022	Maschi/ Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine	31/12/2024	Maschi/ Femmine	31/12/2025	Maschi/ Femmine
Dipendenti Maschi	2.479	47,94 %	2.343	47,51 %	2.300	46,18%	2.468	45,06%
Dipendenti Femmine	2.692	52,06 %	2.589	52,49 %	2.680	53,82%	3.009	54,94%
Totale	5.171	100,00 %	4.932	100,00 %	4.980	100,00 %	5.477	100,00 %

Anche nel 2025, come nelle altre annualità rappresentate (2022-2024) si conferma una prevalenza di personale femminile (54,94%).

Tab.144: Le donne nell'Asl Caserta nella Dirigenza (periodo 2022-2025)

Descriz.	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine	31/12/2024	Maschi/Femmine	31/12/2025	Maschi/Femmine	
Dirigenti Maschi	803	53,96 %	763	52,36 %	700	51,58 %	724	50,24%	
Dirigenti Femmine	685	46,03 %	694	47,63 %	657	48,42 %	717	49,76%	
Totale	1.488	100,00 %	1.457	100,00 %	1.357	100,00 %	1441	100,00 %	

In merito alle proporzioni tra dirigenti si registra una significativa variazione a vantaggio delle donne che passano dal 46,03% del 2022 al 49,76% nel 2025.

Tab.:145 Le donne nell'Asl Caserta-Collaboratori e contrattisti (periodo 2022-2025)

Descrizione	31/12/2022	Mas/Fe m	31/12/2023	Mas/Fe m	31/12/2024	Mas/Fe m	31/12/2025	Maschi/Femmine
Maschi	54	31,95 %	38	29,69%	20	28,99%	9	31,03%
Femmine	115	68,05 %	90	70,31%	49	71,01 %	20	68,97%
Totale	169	100,00 %	128	100,00 %	69	100,00 %	29	100%

Collaboratori/contrattisti

Tab. 146 Le donne nell'Asl Caserta-Posizioni organizzativa (periodo 2022-2025)

Maschi/Femmine	31/12/2022	Maschi/Femmine	31/12/2023	Maschi/Femmine	31/12/2024	Maschi/Femmine	31/12/2025	Maschi/Femmine
Femmine	37	46,25 %	37	46,25 %	35	52,53%	28	46,67%
Maschi	43	53,75 %	43	53,75 %	32	47,76%	32	53,33%
100,00 %	80	100,00 %	80	100,00 %	67	100,00 %	60	100,00 %

Tab.146 Posizioni organizzative al 31.12.2022, al 31.12.2023, al 31.12.2024, al 31.12.2025

Nel periodo 2025 si registra, rispetto all'anno precedente, una prevalenza delle donne con incarichi di funzione (53,33%)

MMG - PLS

MMG 2025		
M	327	64,88 %
F	177	35,12 %
	504	
PLS 2025		
M	47	42,73 %
F	63	57,27 %
	110	

MMG 2024		
M	322	65,58%
F	193	34,42%
	491	
PLS 2024		
M	48	42,24%
F	63	56,76%
	111	

Tab.147: Le donne nell'Asl Caserta MMG

Come si evince dalla tabella, la percentuale di donne tra i Medici di Medicina Generale nel 2025 è pari al 29,90%, mentre nel 2024 la percentuale delle donne è pari al 34,42 incrementandosi di quasi 4 punti percentuali. La percentuale di donne tra i Pediatri di libera scelta nel 2025 è pari al 52,83%, mentre nel 2024 la percentuale delle donne è pari al 56,76 incrementandosi di quasi 4 punti percentuali

Il maggior numero di iscrizioni femminili all'ordine dei medici fa prevedere per un futuro riequilibrio, oltre a sottolineare l'emergere del sesso femminile nel governo della medicina generale.

TIPO	COSTI PREST F	% SU TOT	COSTI PREST M	% F SU TOT	% M SU TOT
DIABETE	€ 555.850,62	0,07%	€ 560.248,37	49,80%	50,20%
CELIACHIA	€ 2.303.904,00	0,29%	€ 1.151.924,87	66,67%	33,33%
PANNOLONI	€ 2.910.690,76	0,36%	€ 891.677,70	76,55%	23,45%
STOMIE	€ 792.356,63	0,10%	€ 1.298.860,93	37,89%	62,11%
OLT	€ 1.177.867,10	0,15%	€ 1.465.586,78	44,56%	55,44%
NEFRO	€ 263.048,58	0,03%	€ 349.451,75	42,95%	57,05%
EPATITE C	€ 14.100,61	0,00%	€ 15.107,98	48,28%	51,72%
RIAB EX26	€ 14.733.717,58	1,84%	€ 25.434.788,11	36,68%	63,32%
RSA DISABILI	€ 2.552.567,37	0,32%	€ 3.287.095,80	43,71%	56,29%
TOSSICO.	€ 71.844,00	0,01%	€ 1.736.182,61	3,97%	96,03%
RSA ANZIANI	€ 2.202.117,31	0,28%	€ 1.590.301,94	58,07%	41,93%
FARMACEUTICA CONV	€ 84.254.483,82	10,53%	€ 73.159.488,22	53,52%	46,48%
FARMACEUTICA DPC	€ 63.600.326,59	7,95%	€ 69.255.587,00	47,87%	52,13%
FARMACEUTICA INT.	€ 50.124.694,37	6,26%	€ 56.183.997,61	47,15%	52,85%
FILA A	€ 129.117.722,41	16,13%	€ 126.079.525,61	50,60%	49,40%
FILE C	€ 43.231.527,59	5,40%	€ 40.042.460,73	51,91%	48,09%
	€ 397.906.819,34	49,71%	€ 402.502.286,00	49,71%	50,29%

Tab.148: Spesa erogata per utenti di sesso femminile vs utenti di sesso maschile

5.5.3 Violenza di genere

Come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la violenza contro le donne costituisce un grave problema di sanità pubblica di rilevanza globale, con impatti diretti sul benessere fisico e psichico delle donne e ricadute indirette di natura sociale, culturale ed economica sull'intera collettività. Tale fenomeno determina, infatti, un rilevante costo sociale che il sistema pubblico è chiamato a sostenere. Al fine di approfondire la conoscenza e la dimensione del fenomeno sul territorio, risulta pertanto significativo analizzare i dati relativi agli accessi ai Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'ASL di Caserta nel periodo 2019-2025, quale base informativa per orientare le politiche di prevenzione, assistenza e tutela delle vittime.

Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2024

Presidi Ospedalieri	2019	2020	2021	2022	2023	2024
P.O. S. G. Moscati Aversa	853	816	810	901	822	758
P.O. Marcianise	302	281	402	453	519	429
P.O. Maddaloni	323	55	PS non attivo	PS non attivo	PS non attivo	PS non attivo
P.O. Piedimonte Matese	222	141	175	141	154	217

P.O. Santa Maria C. V.	395	247	90	16	PS non attivo	PS non attivo	
P.O. S. Rocco Sessa Aurunca	179	162	190	213	175	220	
Totale complessivo	2274	1702	1667	1724	1670	1624	

Tab.149: Numero di Accessi Pronto soccorso per violenza anni 2019-2023

Nel periodo antecedente l'emergenza sanitaria da Covid-19 si è registrato un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso da parte di donne con diagnosi riconducibili a episodi di violenza, con un aumento della relativa incidenza. L'emergenza pandemica ha successivamente inciso in maniera significativa sull'accessibilità ai servizi ospedalieri, determinando una riduzione complessiva degli accessi al Pronto Soccorso; tale diminuzione è risultata tuttavia più contenuta per gli accessi correlati a diagnosi di violenza di genere, evidenziando la persistenza del fenomeno anche in condizioni di limitata fruizione dei servizi sanitari.

Nel periodo post-emergenziale si osserva, in particolare nell'anno 2023, una disomogeneità territoriale: a fronte di una riduzione complessiva degli accessi totali (da 1.724 a 1.670), si rileva un incremento nel territorio di Marcianise (+66 accessi) e di Piedimonte Matese (+7), mentre si registra una diminuzione nei territori dell'Aversano (-72) e di Sessa Aurunca (-38). Tali evidenze confermano la necessità di interventi mirati e differenziati a livello territoriale.

In tale contesto, l'ASL di Caserta conferma il proprio impegno nella promozione della salute e della medicina di genere, in coerenza con le indicazioni nazionali e internazionali e con il Piano Nazionale per la Medicina di Genere.

L'Azienda partecipa a tavoli istituzionali regionali e nazionali e sviluppa iniziative nell'ambito dei percorsi clinici, della ricerca, della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sanitari, nonché campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza. Gli interventi programmati sono finalizzati, in particolare, a favorire l'emersione del fenomeno della violenza di genere, garantire percorsi di accoglienza protetta per le vittime che accedono al Pronto Soccorso e alle unità operative ospedaliere, rafforzare le competenze del personale sanitario attraverso specifici percorsi formativi e assicurare la continuità assistenziale mediante progetti integrati di follow-up medico, supporto psico-sociale e tutela legale, in un'ottica di integrazione ospedale-territorio.

Iniziative per la difesa della donna dalle violenze

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta opera quale ente pubblico preposto alla tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Le attività e gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a favore delle famiglie in condizioni di fragilità, delle donne e dei minori esposti a situazioni di disagio e rischio sono disciplinati da un articolato quadro normativo nazionale e regionale, **tra cui il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) e il DPCM 23 aprile 2008, recante la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).**

In particolare, il P.O.M.I., con riferimento alla tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita, individua specifici obiettivi finalizzati alla prevenzione della violenza di genere e al miglioramento dei percorsi assistenziali per le donne vittime di violenza, attraverso azioni mirate alla formazione del personale dei Pronto Soccorso, all'offerta attiva di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e alla promozione dell'emersione del fenomeno, in un'ottica di presa in carico integrata e di tutela della persona.

Il Centro Anti-Violenza (CAV) TELEFONO ROSA – RECAPITO DONNA, accreditato con l’ambito sociale C1, attivo nell’ASL Caserta dal 1990 con protocollo d’intesa, deliberazione n. 1026 del 21/03/97, è gestito dal 2007 dalla Cooperativa Spazio Donna. Mediamente il CAV accoglie e sostiene nei percorsi di uscita dalla violenza oltre 110 donne ogni anno.

L’ASL Caserta opera da anni in modo strutturato nella prevenzione e nel contrasto della violenza di genere, attraverso una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali attivi sull’intero territorio provinciale. In tale ambito riveste un ruolo centrale il Centro Antiviolenza (CAV) **Telefono Rosa – Recapito Donna**, accreditato con l’Ambito sociale C1 e operante in ASL Caserta dal 1990 in virtù di apposito protocollo d’intesa, attualmente gestito dalla Cooperativa Spazio Donna, che accoglie e sostiene mediamente oltre 110 donne ogni anno nei percorsi di uscita dalla violenza.

Accanto al CAV, l’Azienda ha attivato ulteriori servizi dedicati, tra cui lo **Sportello Anti-Stalking** presso il Dipartimento di Salute Mentale di Caserta e il **Pronto Soccorso Rosa** presso il Presidio Ospedaliero “San Rocco” di Sessa Aurunca, rafforzando progressivamente la risposta sanitaria al fenomeno. Attualmente, attraverso il progetto **LINEA EFFE**, finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità, l’ASL Caserta sta consolidando la rete dei servizi contro la violenza di genere, promuovendo équipe multidisciplinari e tavoli tecnici interistituzionali finalizzati alla condivisione di buone pratiche, alla prevenzione, all’individuazione precoce della violenza e alla tutela dei diritti delle vittime.

Il progetto prevede attività formative a carattere permanente e a cascata, rivolte agli operatori sanitari, alle forze dell’ordine, ai servizi sociali e alle altre professionalità coinvolte, con particolare attenzione ai professionisti dell’emergenza-urgenza. Parallelamente, sono attuate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, mediante la diffusione capillare di materiali informativi e la promozione del numero dedicato attivo 24 ore su 24, integrato nel servizio nazionale di pubblica utilità 1522.

L’ASL Caserta promuove, inoltre, politiche di pari opportunità e di medicina di genere, in coerenza con il D.Lgs. n. 150/2009, anche attraverso l’adozione del Bilancio di Genere quale strumento di trasparenza e di valutazione dell’impatto delle politiche pubbliche su donne e uomini. In tale quadro si inseriscono iniziative di prevenzione e promozione della salute femminile, come la partecipazione dei Presidi Ospedalieri di Marcianise e Sessa Aurunca al programma nazionale dei **Bollini Rosa**, con il conseguimento di riconoscimenti pluriennali per l’attenzione dedicata alla salute di genere.

Particolare rilievo assume l’organizzazione dei percorsi di accoglienza protetta nei Pronto Soccorso, tra cui la realizzazione presso il Presidio Ospedaliero di Marcianise di un’area dedicata alle donne vittime di violenza (“Stanza dei Codici Rosa”), conforme alle Linee guida nazionali, nonché l’attivazione o il potenziamento del “Percorso Rosa” negli altri Presidi aziendali. Tali interventi sono integrati da specifiche procedure assistenziali, incluse quelle rivolte alle pazienti di religione musulmana, adottate in un’ottica di rispetto culturale e di genere.

Le azioni intraprese dall’Azienda, come documentato dalla Relazione della Referente aziendale per le politiche di genere, confermano l’impegno dell’ASL Caserta nel garantire percorsi di tutela, assistenza e continuità di cura alle donne vittime di violenza, favorendo l’allontanamento dalle situazioni di rischio e il recupero dell’autonomia, della sicurezza e della dignità personale, in un’ottica di integrazione ospedale-territorio e di promozione del valore pubblico (*nota Asl CE Prot. n. 0016688/A.PRIM. del 21-01-2026*)

“Con delibera 2134 del 15.12.2025 si è provveduto a pubblicare sul sito aziendale il PDTA per la presa in carico della disforia di genere.

*Partecipazione al progetto PNES “Il Genere al centro della cura- Attività formative orientate al genere **CAM.4k.2_01**” nell’ambito del Programma Nazionale Equità nella Salute. Tale progetto mira ad innalzare le competenze degli operatori sanitari e socio-sanitari dei consultori attraverso corsi di formazione orientati al genere e alla sensibilizzazione delle diversità degli orientamenti sessuali non binari. A tale riguardo, di concerto con la UOC Formazione sono stati attivati nel 2025 corsi di formazione destinati a medici, infermieri e personale sanitario dell’ASL per rafforzare i servizi sanitari, per renderli più funzionali alla presa in carico dei pazienti in un’ottica di genere, mantenendo un approccio intersettoriale tra le diverse aree mediche e sociali, favorendo percorsi intersettoriali. I Corsi di formazione sono stati articolati in 3 moduli da 7 ore ciascuno in RES (Formazione residenziale) e in 8 edizioni per far fronte alle richieste pervenute. I moduli di formazione hanno riguardato rispettivamente le tematiche relative alla violenza di genere, alla medicina di genere e alla variazione di genere. Tali corsi si sono svolti presso l’aula formazione ASL CE, sita in Via Santa Lucia Aversa e si sono svolti da aprile a dicembre 2025.*

Questa attività hanno co Con delibera 2134 del 15.12.2025 si è provveduto a pubblicare sul sito aziendale il PDTA per la presa in carico della disforia di genere

*Partecipazione al progetto PNES “Il Genere al centro della cura- Attività formative orientate al genere **CAM.4k.2_01**” nell’ambito del Programma Nazionale Equità nella Salute. Tale progetto mira ad innalzare le competenze degli operatori sanitari e socio-sanitari dei consultori attraverso corsi di formazione orientati al genere e alla sensibilizzazione delle diversità degli orientamenti sessuali non binari. A tale riguardo, di concerto con la UOC Formazione sono stati attivati nel 2025 corsi di formazione destinati a medici, infermieri e personale sanitario dell’ASL per rafforzare i servizi sanitari, per renderli più funzionali alla presa in carico dei pazienti in un’ottica di genere, mantenendo un approccio intersettoriale tra le diverse aree mediche e sociali, favorendo percorsi intersettoriali. I Corsi di formazione sono stati articolati in 3 moduli da 7 ore ciascuno in RES (Formazione residenziale) e in 8 edizioni per far fronte alle richieste pervenute. I moduli di formazione hanno riguardato rispettivamente le tematiche relative alla violenza di genere, alla medicina di genere e alla variazione di genere. Tali corsi si sono svolti presso l’aula formazione ASL CE, sita in Via Santa Lucia Aversa e si sono svolti da aprile a dicembre 2025.*

*Questa attività ha coinvolto il Responsabile scientifico del progetto PNES “Il Genere al centro della cura- Attività formative orientate al genere **CAM.4k.2_01**” Dott.ssa Tiziana Ciarambino; il Direttore UOC Formazione dott Arcangelo Correr e diversi docenti/professionisti esperti. I docenti sono stati reclutati tramite Avviso Interno di manifestazione d’interesse del 04.02.2025, finalizzato all’individuazione di personale in servizio presso l’ASL Caserta per il conferimento di incarichi di formazione da impiegare nelle attività relative al Programma Nazionale Equità nella Salute (P.N.E.S.) - Area “Il genere al centro della cura - Attività formative orientate al genere” Al termine del corso, a seguito della somministrazione di un test a risposta e di un questionario di gradimento su piattaforma on-line, è stato rilasciato attestato di partecipazione in medicina di genere a coloro che hanno completato correttamente le 21 ore di formazione previste.*

Programmazione 2026

In data 15 dicembre 2025 si è tenuta una riunione informativo- organizzativa con il personale amministrativo reclutato tramite avviso interno di manifestazione d’interesse del 22.10.2025, al fine di definire le attività inerenti il progetto da svolgere nel 2026. In particolare, le attività da svolgere riguarderanno l’inserimento della documentazione afferente il progetto su piattaforma REGIS, la realizzazione di una targa dedicata al Progetto, ed eventualmente, anche l’individuazione di scuole

primarie di secondo grado e scuole secondarie disponibili ad aderire alla formazione sul tema *Il genere al centro della cura*”.

9. Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (art. 2, comma 594, lettera a), legge 244/2007

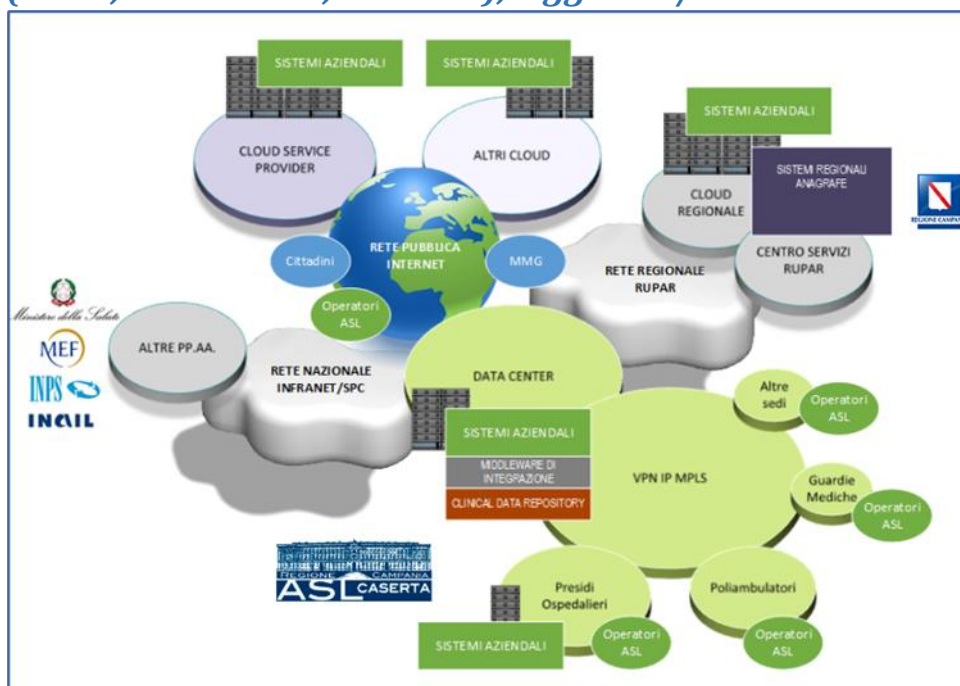


Fig.143: ASL Caserta – Sistema Informativo

Sistema Informativo Aziendale

1. Anagrafe assistiti
2. CUP e Riscossione Ticket
3. Trattamento economico del Personale Dipendente
4. Trattamento Economico del Personale Convenzionato
5. Trattamento Giuridico del Personale
6. Contabilità Finanziaria ed Economica
7. Controllo di Gestione
8. Gestione Ordini e Magazzini
9. Gestione Presenze
10. Portali aziendali
11. LIS, Laboratory Information System
12. RIS, Radiology Information System
13. Protocollo Generale
14. Accettazione Ospedaliera
15. Gestione ricoveri e trasferimenti
16. Triage e Pronto soccorso

17. Ufficio SDO
18. Delibere e determine
19. Cartella Clinica Informatizzata
20. Fascicolo Sanitario Elettronico
21. Datawarehouse e sistemi di BI

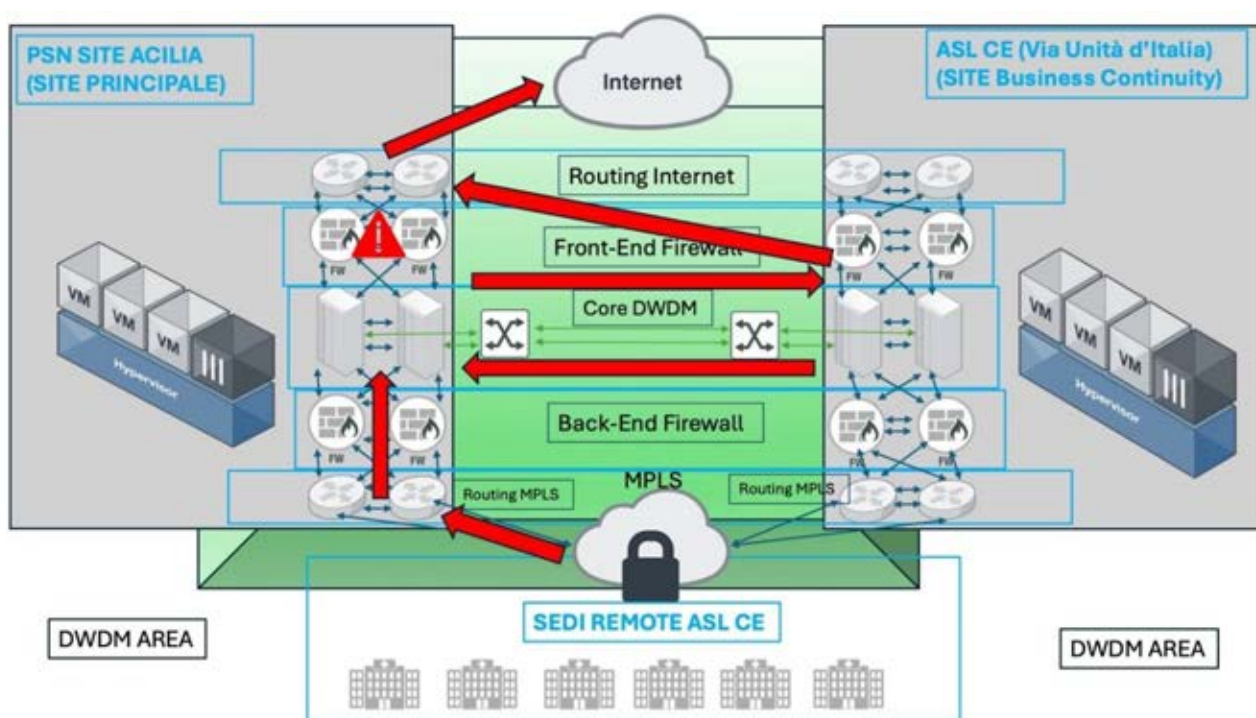


Fig.144: Data Center

- Gestione, verifica della conformità e miglioramento della sicurezza dei dati aziendali
- Monitoraggio continuo, gestione dei rischi e mitigazione degli attacchi informatici
- Gestione e definizione delle Politiche di sicurezza ICT aziendali
- Gestione, progettazione e realizzazione dell'infrastruttura aziendale di sicurezza perimetrale
- Gestione della protezione dei sistemi aziendali di information technology
- Gestione, progettazione e realizzazione impianti tecnologici aziendali
 - o Impianti antintrusione e verifica degli accessi fisici
 - o Impianto di alimentazione elettrica e di emergenza (Sistemi UPS)
 - o Impianto di termici per il condizionamento dei locali tecnici
 - o Impianto antincendio
- Gestione, progettazione e realizzazione degli impianti aziendali per il Disaster Recovery e per la Business Continuity
- Gestione, progettazione e realizzazione dei sistemi aziendali di backup e di ripristino funzionale
- Gestione, progettazione dei sistemi di sicurezza e prevenzione intromissione informatica
- Gestione e progettazione della rete geografica WAN aziendale
- Procedure di acquisizione di beni e servizi annessi alla Sicurezza ICT

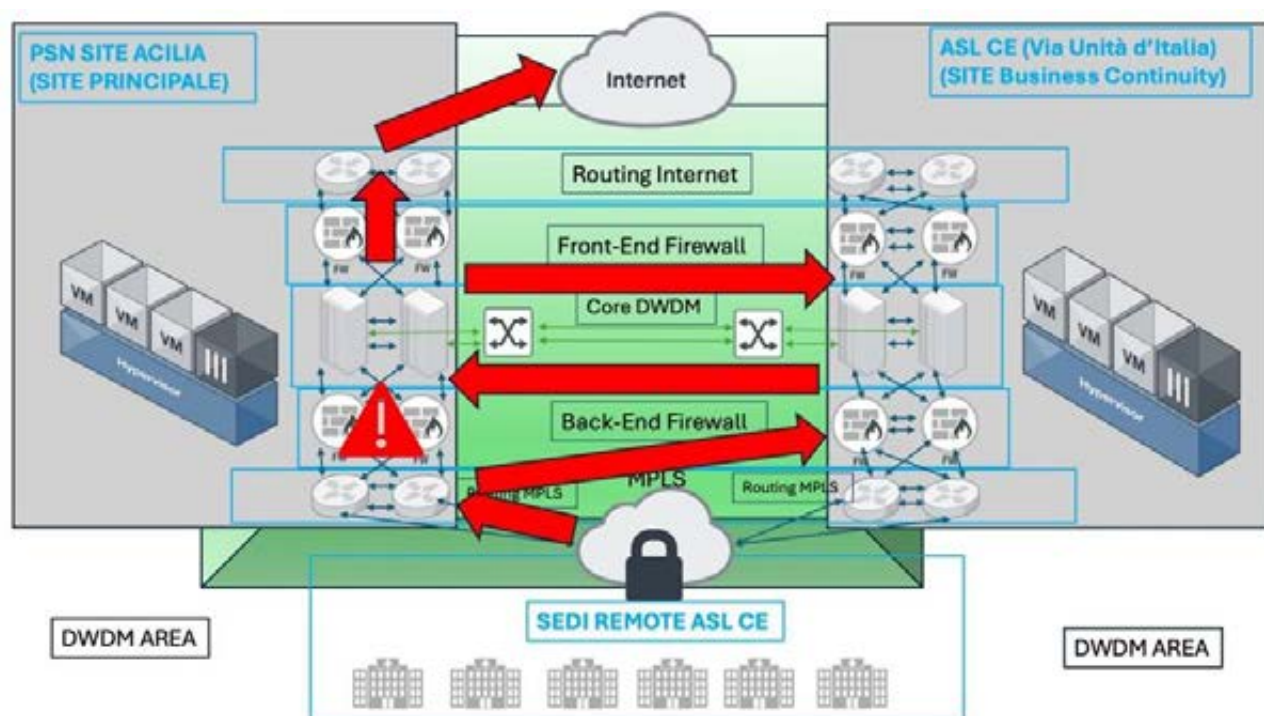


Fig.145: Data center – Scenario Firewall Back-End



Fig.146 Obiettivi Sicurezza Informatica – Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

Ambito di Intervento



1 - Security Operation Center

- Monitoraggio in tempo reale dell'infrastruttura IT e di Sicurezza;
- Raccolta centralizzata e attraverso canali cifrati (SSL) dei log e degli eventi;
- Correlazione tra eventi diversi raccolti dal SIEM.

2 - Protezione degli EndPoint

- Protezione dei dispositivi mediante sistemi antimalware (antivirus, antispyware);
- Trasmissione di eventi e log alla funzionalità di SIEM;
- Monitoraggio continuo delle minacce avanzate e protezione da malware basati su file e senza file.

3 - Supporto Specialistico Cybersecurity

- Supporto Specialistico per attività di sicurezza sui connettori informativi e sulla ricerca delle informazioni distribuite all'interno dell'organizzazione aziendale dell'ASL ai fini della corretta alimentazione (con dati riservati) del Cruscotto Direzionale per il monitoraggio degli indicatori previsti dal Sistema Sanitario Regionale a supporto delle decisioni della Direzione Strategica;
- Servizi di Supporto Specialistico per la gestione in sicurezza del sistema di monitoraggio relativo alla gestione della pianificazione e redazione del budget aziendale.

Fig. 147-Obiettivi Sicurezza Informatica – Ambito di intervento-Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

Principali attività



- Gestione e monitoraggio dei servizi di sicurezza.
- Analisi di reportistica e log.
- Definizione priorità per i processi di risoluzione e/o mitigazione delle minacce.

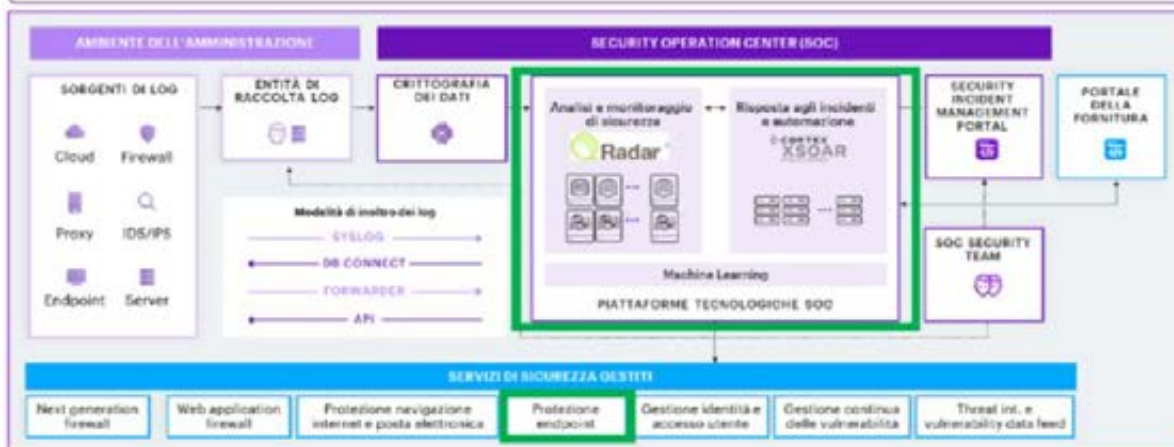


Fig.148 -Obiettivi Sicurezza Informatica – Principali attività- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR



Fig.149 -Obiettivi Sicurezza Informatica – Risultati attesi- Progetto Digitalizzazione -Fondi PNRR

10. Monitoraggio

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Nell’Allegato Al Presente Piao sono pubblicate le schede di monitoraggio per macrostrutture e UOC Servizi Centrali.

Tab. 150

Macrostruttura	Unità Operative	Obiettivi	Indicatori	Tempi Monitoraggio
PO Moscati Aversa	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Rocco Sessa A	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Maddaloni	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Dott. Guerriero Marcanise	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Felice a C	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO S Maria C V	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
PO Piedimonte M	Tutte le UOC e S.Dipart.	Ob_Att_PO_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 12-Caserta	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 13-Maddaloni	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 14-Teano	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 15-Piedimonte	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 16-Marcanise	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 17_19 Aversa	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3/30/6/30/9/31/12
Distr. 18-Succivo	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e	31/3/30/6/30/9/31/12

Macrostruttura	Unità Operative	Obiettivi	Indicatori	Tempi Monitoraggio
			Aziendali	
Distr. 20-Casal di Principe	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3;30/6;30/9;31/12
Distr. 21-S Maria Cv	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3;30/6;30/9;31/12
Distr. 22-Capua	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3;30/6;30/9;31/12
Distr. 23-Mondragone	Tutti i Serv.Distrettuali	Ob_Dis_2025	Tematici,NSG e Aziendali	31/3;30/6;30/9;31/12
Dip.Prevenzione	Tutti i Serv.Dipartiment.	Ob_Dip-Prev 2025	NSG e specifici	31/3;30/6;30/9;31/12
Prev.Collettiva	UUOOPC e Serv. Centr.	Ob_Dip-Prev 2025	NSG e specifici	31/3;30/6;30/9;31/12
Veterinaria	UOV e Serv.centrali	Ob_Dip-Prev 2025	NSG e specifici	31/3;30/6;30/9;31/12
Med Lavoro	UO Centrali e Distrett	Ob_Dip-Prev 2025	Tematici Spec.	31/3;30/6;30/9;31/12
Dip.Dip.Patologiche	UUOO SER.D	Ob_Dip-Prev 2025	Tematici Spec.	31/3;30/6;30/9;31/12
Dip.Salute Mentale	UUOO Distrettuali	Ob_Dis_2025-	Tematici Spec	31/3;30/6;30/9;31/12

Tab.150

Indicatore di risultato	Strumenti e Resp. Monitoraggio		Scadenze			
Obiettivo						
1-Vaccinazione esavalente (1)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
2-Vaccinazione MPR (2)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
3-Vaccinazione antinfluenzale	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
4-Screening Ca della Cervice	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
5-Screening Ca della	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
6-Screening Ca del Colon	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
7-Statistica CIA (D222 – CIA 1)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
8-Statistica CIA (D222 – CIA 2)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
9-Statistica CIA (D222 – CIA 3)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
10-Incremento Attività Specialistica	Portale	CUP Regionale	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
11- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	Mensile	Mensile	Mensile	Mensile
14-Attività di Controllo nei Centri diagnostici	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
15-Corretta gestione delle procedure della Privacy	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
16-Prevenzione della corruzione-Monitoraggio trimestrale Indicatori PIAO	Relazione	Dir.Distretti e C.di G.	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
17-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale	Soft.Soresa	SO.RE.Sa	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
18-Attività di controllo sulla spesa farmaceutica convenzionata con controlli MMGG e incremento riunioni	Relazione	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
19-Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e vigilanza sulla corretta attuazione da parte dei MMG sulle classi di priorità	Software Regionale	Ser.CUP/DS	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
2-Giornate di degenza	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
3-Degenza media	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
5-Peso medio ricoveri ordinari	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
6-Indice di occupazione media	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
7-Ricoveri in day hospital	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
9-Ricoveri per Asma	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
10-Ricoveri per Gastroenterite Pediatrica	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26

<i>Indicatore di risultato</i>	<i>Strumenti e Resp. Monitoraggio</i>		<i>Scadenze</i>			
11-Ricoveri per BPCO	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
12-Ricoveri per Diabete	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
13-Ricoveri per scompenso	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
14-DH Diagnostici	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
15-DH Medici (accessi)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
16-Chiusura SDO in 72h	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
17-Degenza pre-operatoria	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
18-% Parti cesarei primari	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
20-% Ricoveri chirurgici	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
21-% Frattura femore >65	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
22-Governo delle liste di attesa dei ricoveri	Soft. Regionale	Soresa	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
23-Corretta attuazione del ciclo passivo per dispositivi medici e altro materiale sanitario	Soft.Soresa	Soresa	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
24-Adempimenti previsti nella scheda della Prev.Corrruzione di cui al PIAO 2023	Relazione	DS PPOO e C.di G.	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
25- Adempimenti Privacy	Relazione	DS PPOO e C.di G.	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
26-Infezioni Ospedaliere-Monitoraggio	Software Spec.	S. Qualità	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
27- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE-LDO,Dim.PS,Lab-Rad etc.)	Portale	Ser.C.di Gest. e SI	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
30-Obiettivi per la trasparenza (schede 1-14)	Portale	RT	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26
31-Obiettivi per la Privacy (schede 1-7)		Ref. Privacy	31/3/26	30/6/26	30/9/26	31/12/26

Tab.151

<i>Obiettivi istituzionali</i>	<i>Strumenti e modalità del controllo</i>	<i>Competenza</i>	<i>Frequenza</i>
Obiettivi di riorganizzazione	Relazione	Direzione Aziendale	Semestrale
La comunicazione sanitaria	Relazione	URP	Semestrale
Obiettivi economici	SAP -Siac	S. Economico Finanziar.	Trimestrale
Obiettivi gestionali	Portale Aziendale	C.di Gestione	Trimestrali
Obiettivi del Sistema di garanzia (NSG)	Portale Aziendale	C.di Gestione	Trimestrali

Tab.152- Ulteriori Monitoraggio Obiettivi

10.1 Monitoraggio misure anticorruzione e indicatori di monitoraggio

<i>Rischi esterni di rilevanza per l'ASL Caserta</i>	<i>Misure di contrasto</i>
Infiltrazioni camorristiche e nelle procedure di affidamento ed esecuzione di contratti pubblici; Pressioni provenienti da soggetti appartenenti alle cosche camorristiche ovvero da soggetti appartenenti a lobbies; Possibili condotte agevolative in favore di dipendenti dell'ASL autori di condotte aventi rilevanza penale.	Verifiche e controlli Antimafia; • Patto di Integrità

Tab.153: Mis.1 - Misure di contrasto da Rischi di rilevanza derivanti dal contesto esterno alla ASL di Caserta

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Codice di comportamento aziendale	Monitoraggio del Codice	Direttori U.O.C./UPD	In essere	Report sulle risultanze del monitoraggio	Maggiore efficienza nelle attività di controllo sul rispetto del Codice
		Dirigenti/RPCT	Entro dicembre 2026		
	Flussi informativi verso i RPCRT	Direttori U.O.C./UPD	Entro il 20 Novembre di ogni anno	Scheda di rendicontazione Formazione	
		Dirigenti/RPCT		Avviso sul sito	
	Avvisi al personale	Dirigente U.O.C. GRU	Ad evento	Corsi Formazione	
		RPCT			

Tab.154: Mis.2 - Programmazione-Progettazione degli Adempimenti previsti dal codice di Condotta

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Rotazione ordinaria del personale	Definire e Aggiornare Regolamento della Rotazione del Personale	RPCT (impulso) Direzione strategica U.O.C. GRU Direttori e Dirigenti interessati dalla misura	Entro Settembre 2026	N. di dirigenti e funzionari per i quali è stata applicata la rotazione	Verifica di operatività della rotazione del personale nei tre anni (Riferimento alle schede rischi e alle misure di mitigazione con le relative percentuali di attuazione)
Rotazione Straordinaria del personale	Monitoraggio e verifica rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva,	RPCT/UPD Direttori e dirigenti interessati alla misura	Ad avvenimento e comunque entro Dicembre 2026	Verifica e monitoraggio degli eventi con cadenza annuale (Dicembre 2026-'27 e '28)	Verifica operatività della rotazione straordinaria dei casi esaminato

Tab.155: Mis.3 - Programmazione delle misure di Rotazione del Personale

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi	Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi (Dirigenza, secondo quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale)	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane RPCT (impulso)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Dichiarazione resa dall'interessato Risultanze della U.O.C. GRU e monitoraggio e controllo sulla veridicità delle dichiarazioni nei tre anni	Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi"

Tab.156: Mis.4 - Programmazione delle misure di conflitti di interesse

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Valori attesi
Conflitti di interesse	Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse negli atti di attribuzione degli incarichi	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi	Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2)
	Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di conflitti di interesse che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto di lavoro	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine e agli incarichi	Aggiornamento dello schema di dichiarazione	Facilitazione ed efficacia dei controlli con frequenza e percentuali definite nelle schede di rischio (All.2)
	Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	U.O.C. Affari generali RPCT (impulso e coordinamento)	Entro dicembre 2025 con revisioni annuali	Avvenuta adozione della Procedura	Verifica a campione (Vedi schede rischi all.2)

Tab.157: Mis.5 - Programmazione obblighi di Astensione in caso di Conflitti di Interesse

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
Formazione di livello generale	Formazione e-learning e/o frontale di livello generale, verso tutti i dipendenti dell'ASL, in particolare dei nuovi assunti e /o stabilizzati dall'anno 2020 della durata di 3 ore sui temi dell'etica, dell'integrità (Disciplina anticorruzione e Trasparenza, PIAO, Codice di comportamento, Whistleblowing)	Dirigente responsabile della formazione	Entro Dicembre 2025	Espletamento del percorso formativo.	Sensibilizzazione del personale sui temi trattati
		RPCT (selezione del personale interessato)	Completamento delle sessioni del corso di Formazione avviato nel 2025 e nuovi corsi per il 2026 come da piano di formazione	Attestazione di partecipazione	
Formazione di livello specifico RPC e RT	Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico		Entro 30 Ottobre 2026	Test di apprendimento	Aggiornamento del RPCT
Formazione di livello specifico Referenti, Dirigenti, P.O. e personale selezionato dal RPCT in relazione alla rischiosità dell'Area di appartenenza (Area sanitaria e PTA)	Formazione frontale e/o a distanza, di livello specifico, di taglio teorico, tecnico e pratico (nuovi ingressi e settori selezionati)		Inizio del Nuovo corso 2026		Aggiornamento del personale coinvolto
					Maggiore padronanza degli strumenti per l'attuazione del
					PTPCT

Tab.158: Mis.6 - Programmazione dell'Attività Formativa 2026

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01	Dirigenti delle UO: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e S.I.	Contestuale alla definizione delle gare	Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard	Intensificazione dei controlli
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Contestuale alle nomine	Verifiche a campione con % definita nelle schede rischi	Copertura del 100% nei contratti e nelle note di pensionamento
	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Monitoraggio trimestrale
	Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Dichiarazione archiviata	Monitoraggio periodico

Tab.159: Mis.7- Programmazione Misure di Pantouflage

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage / Revolving doors)	Dichiarazione nei bandi di gara e/o incarichi da parte dei contraenti di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 c,16ter D.lgs. 165/01	Dirigenti delle UO: - Gestione del Patrimonio Immobiliare; - UOC STM; - UOC GRU; - UOC Tecnologie Sanitarie; - UOC Provveditorato; - UOC CIG e S.I.	Tempestivo	Risultanze dell'audit del RPCT sull'aggiornamento degli atti standard	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
	Adeguamento atti di conferimento di incarico e contratto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Contestuale alle nomine		
	Flussi informativi verso il RPCT	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Flussi informativi verso il RPCT relativo alle irregolarità riscontrate	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni
	Dichiarazione in occasione della chiusura del rapporto di lavoro	Dirigente U.O.C. Gestione delle Risorse Umane	Ad evento, tempestivo	Dichiarazione archiviata	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni

Tab.160: Mis.8 - Programmazione misure Formazione di Commissioni, assegnazione agli uffici

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>	<i>Valori attesi</i>
Inconferibilità e Incompatibilità (D.lgs. 39/2013)	Inserimento delle cause di inconferibilità e incompatibilità negli atti di attribuzione degli incarichi	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine	Adeguamento degli atti di conferimento degli incarichi	Intensificazione dei controlli con percentuali crescenti nei tre anni
	Aggiornamento degli schemi delle dichiarazioni standard di dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità, che i soggetti devono rendere all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto	Direttore della UOC Gestione delle Risorse Umane U.O.C. Affari generali RPCT (controllo di II livello)	Contestuale alle nomine	Aggiornamento dello schema di dichiarazione	Facilitazione ed efficacia dei controlli
	Adozione di Procedura che definisca le modalità e la frequenza dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni	U.O.C. Affari generali RPCT (impulso e coordinamento)	Entro Giugno 2025	Avvenuta adozione della Procedura	Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni

Tab.161: Mis.9 - Programmazione delle misure di Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio fornitura di farmaci e presidi	Direttori U.O.C. Farmacie Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti Dipartimenti	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Acquisti di beni infungibili/esclusivi/sul totale degli acquisti effettuati (per quantità e valore economico)
			Affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
			Proroghe e rinnovi sul totale affidamenti (quantità e valore).

Tab.162: M10- Programmazione misure Forniture Farmaci e Presidi

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Servizi esternalizzati	Direttori U.O.C. Provveditorato, Serv. Tecnologie Informatiche. Serv. C. di Gestione Direzione PP.OO,	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico)
			Affidamenti tramite MEPA/affidamenti complessivi (quantità e valore)
			Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)
			n. indagini MEPA per la stessa tipologia di servizio/fornitura per anno
			Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte agg.

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
	Direzione Distretti Dipartimenti Tecnologie sanitarie Serv. Tecnico Manutentivo Patrimonio		N. Gare MEPA con valore di poco inferiore a 40.000 euro/indagini MEPA complessive Numero di affidamenti sotto soglia che a seguito di varianti hanno superato il valore economico della soglia/sul totale degli affidamenti sotto soglia Percentuale di gare con un'unica offerta valida Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale

Tab.163: Mis.11 - Programmazione misure Servizi Esternalizzati

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Frequenza monitoraggio</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisto Materiale Economico	Direttori U.O.C. Provveditorato, CIG PP.OO, Distretti, Dipartimenti	Semestrale	2026-2027-2028	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie Percentuale di gare con un'unica offerta Valida

Tab.164: Mis.12 - Programmazione misure Acquisto Materiali Economici

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisto Materiale Hardware Software e Licenze d'uso	Direttori U.O.C. Provveditorato, Serv. Tecnologie Informatiche	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie Percentuale di gare con un'unica offerta Valida Numero di acquisti tramite MEPA-Consip-Soresa / su numero di acquisti totali

Tab.165: Mis.13 - Programmazione misure Acquisto materiale Hardware- Software

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Acquisti dell'Area delle Tecnologie Sanitarie	Direttori U.O.C. Provveditorato Ingegneria Clinica	Semestrale	Affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico) Proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore) Statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie Percentuale di gare con un'unica offerta Valida

Tab.166: Mis.14 - Programmazione misure Area Tecnologie Sanitarie

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Monitoraggio</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Monitoraggio Procedure dell'Area Tecnica	Direttori U.O.C. Provveditorato STM, Patrimonio Ingegneria Clinica Distretti, PP.OO.	Semestrale	Affidamenti diretti/cottimi fiduciari/sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico) in un determinato arco di tempo Rapporto tra numero di procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando. Analizzare i valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente. Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara.

Tab.167: Mis.15 - Programmazione misure Area Tecnica Manutentiva

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Monitoraggio Selezione del Contraente	Direttori U.O.C. Provveditorato Tecnologie Sanitarie STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti	Semestrale	Conteggio del numero di procedure attivate da una determinata amministrazione in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta
			Calcolare numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale.

Tab.168: Mis.16 - Programmazione misure selezione del Contraente

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Provveditorato Ingegneria Clinica STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti	Semestrale	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
			Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
			Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

Tab.169: Mis.17 - Programmazione misure Esecuzione del Contratto

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Gestione del Patrimonio Immobiliare ed Esecuzione del Contratto	Direttori U.O.C. Patrimonio	Semestrale	Verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.
			Scostamento medio dei costi rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi.
			Tempi medi di esecuzione degli affidamenti e riportare gli scostamenti di tempo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi

Tab.170: Mis.18 - Programmazione misure Gestione del Patrimonio

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Gestione dei pagamenti	Direttori U.O.C. Provveditorato; Ingegneria Clinica STM, Patrimonio Tecnologie Sanitarie Distretti, PP.OO. Dipartimenti Controllo Case di cura e centri privati accreditati	Semestrale	La piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito della trasparenza della programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico; la gestione contabile-patrimoniale trasparente delle risorse; la rotazione dei funzionari proposti

Tab.171: Mis.19 - Programmazione misure Gestione Pagamenti

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Reclutamento del personale Incarichi e nomine	Direttore U.O.C. GRU	La verifica a campione delle autocertificazioni dei Commissari di Concorso in particolare art. 3 D.lgs. 39/13 va effettuata almeno ogni sei mesi con percentuali crescenti nei tre anni	Rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle " Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018); Criteri di scelta di commissioni di concorso neutrali e competenti

Tab.172: Mis.20 - Programmazione misure di Reclutamento Personale

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Tempistica di attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
ALPI	Struttura di supporto ALPI	Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP	1- numero di prestazioni erogate in intramoenia/ numero di prestazioni erogate in attività istituzionali (sia per singolo specialista che in equipe); 2-numero di prestazioni erogate in extra moenia rendicontate / rispetto ad una valutazione della particolare competenza e specializzazione del medico (valutazione soggettiva)

Tab 173: Mis.21 - Programmazione Misure ALPI

<i>Area di Rischio</i>	<i>Processi</i>	<i>Tempistica di attuazione</i>	<i>Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027</i>
Liste d'attesa	Direttori U.O.C. AA.GG. Dirigenti ALPI	Verifica degli indicatori di monitoraggio con frequenza trimestrale sulla base dei dati rilevati dal CUP	Carichi di lavoro degli specialisti ambulatoriali; Garantire un'adeguata apertura ambulatoriale nei PP.OO. Applicazione del Piano Operativo per il contenimento delle liste di attesa. Corretta identificazione degli spec. che effettuano prestazioni ambulatoriali nell'ambito delle equipe ospedaliere

Tab.174: Mis.22 - Programmazione misure per le liste di attesa

<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Procedura</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
Controlli nelle strutture accreditate	Direttori U.O.C. Controlli nelle strutture accreditate	Delibera az.1155/2021	Verifica mensile sulla base delle linee guida definite in delibera	Numero controlli in situ di commissioni preposte; Confronto delle COM degli ultimi tre anni; Confronto dei Tetti di spesa negli ultimi tre anni per centro; Verifica del Nr. di Commissioni nominate per controlli in situ; Adozione di procedure interne relative ai controlli

Tab.175: Mis.23 - Programmazione misure Controlli nelle Strutture Accreditate

<i>Area di Rischio</i>	<i>Processi</i>	<i>Attività/Fasi del processo</i>	<i>Fattori abilitanti del rischio</i>	<i>Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028</i>
Attività di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Rilascio pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni di stabilimenti	Parere per riconoscimento stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 10% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitto di interesse
		Registrazione stabilimenti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Verifica a campione da parte del Direttore di UOC del 5% delle pratiche in arrivo sulla base dei Report Annuali elaborati dal GdL Gestione Pratiche SUAP Rotazione del personale. Verifica conflitti interesse
		Autorizzazione trasporto animali	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale;	Regolamentazione intera. Verifiche e Controlli in merito alla corretta applicazione delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia da parte del Direttore di UOC. Rotazione del personale preposto all'istruttoria; Verifica conflitti di interesse
	Effettuazione di controlli ufficiali ed altre attività in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Azioni in caso di non conformità	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale	Regolamentazione interna Supervisioni/Controlli Rotazione del personale; Verifica conflitti di interesse
	Piani di Profilassi ed eradicazione delle malattie infettive, infestive, diffuse e zoonotiche negli	Ispezioni di legge Verifica documentazioni e	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del	Regolamentazione interna. Verifiche e Controlli del corretto adempimento dei piani di profilassi da parte del Direttore di UOC sostanzianti in Report Semestrali Rotazione del personale;

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
	animali domestici e non	Predisposizione di atti	personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.	Trasparenza; Verifica conflitti di interessi

Tab.176: Mis.24 per l'Area dei Controlli e Autorizzazione della Veterinaria

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2025-2027
Certificazioni, Attestazioni, Vidimazioni, Emissione documenti, Educazione sanitaria	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (mod.4 certificazioni avicunicoli)	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Verifica conflitto interessi. Rotazione personale addetto
	Attestazioni per trasporto animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto
	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Prestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste. Omissione di rilievi	Rotazione del personale Supervisione da parte del Direttore UOC; Verifiche ispettive interne; Verifica conflitto di interesse
	Certificato per movimentazione extracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi	Verifica documentazione Predisposizione di atti	1) Abuso nel rilascio di autorizzazioni, omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti; 2) Rilevanza esterna del procedimento. Elevata influenza di interessi esterni economici;3) Eccessiva discrezionalità del procedimento;4) Mancata rotazione del personale; 5) Omissione o non corretta applicazione delle procedure previste.6) False attestazioni e/o certificazioni	Verifiche e Controlli del corretto adempimento delle norme di legge nazionali e regionali vigenti in materia. Rotazione personale addetto

Tab.177: Ulteriori misure per la Veterinaria.

Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
Rilascio esenzioni ticket	Richiesta utente, verifica presupposti, rilascio esenzione	1) Indebito riconoscimento del diritto di esenzione ticket finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Esame ricorsi Recupero ticket (D.M. 11/12/2009 "Verifica delle esenzioni")	Presentazione istanza di annullamento o di rateizzazione della sanzione/verifica /annullamento sanzione o autorizzazione rateizzo	1) Indebito annullamento o rateizzo della sanzione finalizzato a favorire determinati soggetti;2) Interesse esterno;3) Discrezionalità del processo	Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) adozione di una procedura di controllo da parte del Direttore del Distretto Sanitario
Scelta e revoca Medico: Medico Medicina Generale /Pediatria di Libera scelta	Richiesta utente	Mancanza di trasparenza nelle informazioni fornite all'utenza per la scelta del MMG e/o PLS	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse; 5) Misure di trasparenza; 6) Pubblicazione e aggiornamento sul Sito Aziendale dell'elenco dei MMG e PLS con n. scelte; 7) Attivazione scelta e revoca on line

<i>Processi</i>	<i>Attività/Fasi del processo</i>	<i>Fattori abilitanti del rischio</i>	<i>Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028</i>
Autorizzazione ed Erogazione diretta presidi ed ausili sanitari	Richiesta e acquisizione/verifica documentazione	Discrezionalità nell'autorizzazione/prescrizione di dispositivi finalizzata ad ottenere indebiti vantaggi per sé o altri	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Prenotazione visite specialistiche / prestazioni consultoriali /ADI	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi
Autorizzazioni per ricoveri sanitari extraregione	Istanza utente, verifica documentazione autorizzazione	Elusione/Omissione di procedure e prescrizioni di Legge (Regionale e Nazionale) al fine di favorire determinati soggetti rispetto ad altri)	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Servizio trasporto emodializzati	Assegnazione pazienti alle associazioni per trasporto ai Centri dialisi	Discrezionalità nell'assegnazione assistiti dializzati alle associazioni di trasporto finalizzata a favorirne alcune	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Liquidazione / pagamenti / rimborsi: ausili, presidi e protesi, spese sanitarie, viaggio e alloggio, spese viaggio pazienti dializzati, ossigeno-terapia convenzionati esterni	Istanza/fattura, verifica presupposti, provvedimento liquidazione	Discrezionalità nella predisposizione degli atti con possibilità di favorire fornitori in mancanza di documentazione regolare. Omissione di controllo	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse
Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Richiesta prenotazione al CUP	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti; Elusione delle Liste di attesa. Impropria riserva di posti	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Trasparenza e pubblicazione periodica sul Sito Aziendale dei tempi di attesa medi
Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 L.833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Verifica documentazione autorizzazione	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	1) Rotazione ordinaria del personale addetto; 2) Misure di controllo e regolamentazione; 3) Formazione del personale; 4) Controllo Autocertificazione Conflitto di interesse

Tab.178: Mis.25 per l'area dell'assistenza distrettuale

<i>Area di Rischio</i>	<i>Processi</i>	<i>Attività/Fasi del processo</i>	<i>Fattori abilitanti del rischio</i>	<i>Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028</i>
Riscossione ticket sanitari	Contabilità e registrazione proventi	Istruzione pratiche, valutazione recupero Pagamento prestazioni codice bianco Eventuale esonero	Non corretta o parziale applicazione della normativa vigente in materia o mancata notifica di recupero credito	Rotazione del personale - Verifiche periodiche
	Rendicontazione trimestrale cassa automatica			
Front office CUP	Prenotazione visite ambulatoriali	Gestione accesso alle Prestazioni Gestione attività di prenotazione	1) Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti;2) Mancato rispetto della lista di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri (DH e Ordinari)	Rotazione del personale. Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza delle attività amministrative
	Prenotazione ricoveri Ordinari			
	Prenotazione ricoveri in D.H.			
	Prenotazione ricoveri DS			
Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.	Compilazione turni di servizio	Pianificazione dei turni	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati dipendenti	Applicazione dei corretti canoni di turnazione previsti dai CC.NN.LL.; Rotazione del personale preposto alla redazione dei Turni. Verifica a campione da parte del DS
	Controllo qualità e quantità del vitto	Verifica periodica della qualità e quantità del cibo nei locali cucina del nosocomio	Omesso controllo/vigilanza o controlli parziali e non tempestivi	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
	Controllo qualità delle pulizie e gestione rifiuti ospedalieri	Verifica periodica del corretto deposito dei rifiuti ospedalieri e della loro rimozione	Omesso controllo/vigilanza	Verifiche e controlli a quanto previsto dal vigente capitolato di appalto. Rotazione del personale preposto al controllo
	Attività Libera Professionale Intramoenia (Ambulatoriale– Ricovero)	Individuazione degli spazi degli operatori Monitoraggio dei pagamenti	Omesso controllo/vigilanza	Rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza mediante pubblicazione sul sito web aziendale dei dati sui tempi di attesa, aggiornati settimanalmente. Blocco sul sistema CUP che impedisce di utilizzare una ricetta più di una volta Monitoraggio dei pagamenti- Controlli a campione
Sperimentazioni farmacologiche	Sperimentazioni farmacologiche	Partecipazione di Medici a studi osservazionali sponsorizzati da industrie farmaceutiche	Elusione di norme e procedure di legge per favorire lo sponsor Possibile conflitto di interesse	Verifiche e controlli sul rispetto dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale Rotazione del personale. Verifica dichiarazione assenza di conflitto.
Attività della direzione sanitaria dei PP.OO.	Gestione agende ambulatoriali e monitoraggio liste di attesa	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende ambulatoriali	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende ambulatoriali. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto
	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preceduto da accessi ambulatoriali in libera professione	Tenuta ed aggiornamento delle Liste di attesa e delle agende di ricovero	Favoritismi indebiti nei confronti di determinati Utenti. Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Controlli e verifiche della corretta gestione delle Liste di Attesa secondo le norme di legge vigenti nazionali e regionali vigenti in materia ((PNGLA 2019/2021 Ministero Salute e Decreto n.52/19 comm. Acta Reg. Campania) nonché delle agende di ricovero. Controlli e Verifiche periodiche effettuati da personale competente e formato. Rotazione periodica del personale addetto
	Gestione contrattuale biancheria	Movimentazione biancheria	Possibile sottrazione di biancheria in reparto	Registro di carico e scarico informatizzato Verifiche e controlli periodici

Tab.179: Miss. 26- Programmazione misure Area Ospedaliera

10.2 Ulteriori misure dell'Area Ospedaliera per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
Attività correlate al decesso in ospedale	Attività connesse al Decesso intraospedaliero	Gestione quotidiana decessi intraospedalieri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	Rotazione del personale sanitario, Obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso, Dichiarazione assenza conflitto di interessi Adozione di una procedura nella quale si specifica che: le ditte di onoranze funebri non possono e non devono accedere nelle camere mortuarie in assenza di incarico delle famiglie del deceduto.

Area di Rischio	Processi	Attività/Fasi del processo	Fattori abilitanti del rischio	Misure di mitigazione proposte per gli anni 2026-2028
			(es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	
Attività correlate ai referti di PS	Attività connesse ai referti di Pronto Soccorso	Attività dei Medici di Pronto Soccorso che refertano gli accessi non seguiti da ricovero	1) Manomissione del referto per accessi non seguiti da ricovero; 2) Induzione da parte degli utenti per frodare compagnie assicurative; 3) Valenza esterna; 4) Mancata rotazione del Personale per carenza di organico	1) Obbligo di informatizzare il 100% dei referti ed in caso di blocco del sistema informatico attivare registro cartaceo con protocolli consecutivi ed orario; 2) Controlli periodici della Direzione Sanitaria sul registro sia informatico che cartaceo. 3) Rotazione del personale; 4) Obbligo di firma digitale

Tab.180: Ulteriori misure dell'Area Ospedaliera per le procedure ad altissimo rischio (Decessi in Ospedale e Referti di Pronto Soccorso)

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi
I PTRI le UVI ed i Cogestori	Direttori U.O.C. Distretti e Dipartimento DSM Coordinamento Sociosanitario	Numero controlli inerenti i requisiti specifici dei cogestori	100 % controlli requisiti nel 2026/'27 e '28
		Rotazione dei responsabili dei controlli	Rotaz 30 % nel '26; 40% nel '27 e 30% nel '28
		Verifica dei report distrettuali al Coordinamento Socio sanitario	100% nei tre anni

Tab.181: Mis.27 - Programmazione misure PTRI-Cogestori

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi
Spesa farmaceutica convenzionata ed interna	Direttori U.O.C. Dipartimento Farmaceutico	N. dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse per rapporti con fornitori, Farmacie convenzionate etc/ rispetto al n. di farmacisti del Dip. Farmaceutico	100% delle autocertificazioni
		Obbligo delle dichiarazioni di assenza di conflitto per partecipazione a congressi, convegni con sponsorizzazione di aziende farmaceutiche e di prodotti sanitari con pubblicazione su specifica sezione del Sito. Nr. di dichiarazioni /su professionisti partecipanti	100% delle dichiarazioni pubblicate
		Nr. dei report notificati ai singoli MMG e PLS	8 report nel '26; 10 report nel '27 e 12 nel '28

Tab.182: Mis.28 - Programmazione misura Spesa Farmaceutica

Azioni	Responsabile dell'attuazione	Stato di Attuazione al 1/1/2024	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Formalizzazione dei responsabili della procedura anticiclaggio; Acquisizione ed implementazione dell'applicazione telematica per le segnalazioni all'UIF	Direttore Generale; Direttori UOC C.I.G e Serv. Tecnologie Informatiche Trasparenza, Privacy e Anticorruzione (input)		Entro giugno 2026	Atto di nomina; Implementazione dell'Applicazione telematica delle segnalazioni all'UIF.

Tab.183: Mis.29 - Programmazione misure Antiriciclaggio

Misure	Azioni	Responsabile dell'attuazione	Stato di Attuazione al 1/1/2026	Tempistica dell'attuazione	Indicatore di monitoraggio
Whistleblowing	Implementazione procedura segnalazioni tramite Acquisizione applicativo informatico ANAC;	Direttore UOC Trasparenza, Privacy e Anticorruzione (impulso)		Già Attuato	Acquisizione e collaudo applicativo informatico ANAC; Pubblicazione sul sito web aziendale dell'applicativo informatico ANAC.

<i>Misure</i>	<i>Azioni</i>	<i>Responsabile dell'attuazione</i>	<i>Stato di Attuazione al 1/1/2026</i>	<i>Tempistica dell'attuazione</i>	<i>Indicatore di monitoraggio</i>
	Comunicazione sul sito web aziendale dell'adozione dell'applicativo informatico ANAC.			Già Attuato	

Tab.184: Mis.29 - Programmazione misure Whistleblowing

10.3 Monitoraggio misure trasparenza e indicatori di monitoraggio

<i>Area strategica</i>	<i>Obiettivo strategico</i>	<i>Obiettivo operativo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Risultato 2025</i>	<i>Target 2026</i>	<i>Fonte dati</i>	<i>Responsabile Monitoraggio</i>
Trasparenza	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo - totale dati pubblicati	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	100% Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Sito aziendale Responsabil e Trasparenza ; Documento di attestazione trasparenza OIV	RT

Tab.185: Monitoraggio misure trasparenza

<i>Area strategica</i>	<i>Fonte dati</i>	<i>Responsabile Monitoraggio</i>
Monitoraggio per la rilevazione quantitative e qualitative degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per contare gli accessi alla sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccogliere i giudizi	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	Sito WEB	Responsabile Trasparenza
Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	Sito WEB	Responsabile Trasparenza

Tab.186: Monitoraggio misure trasparenza

10.4 Monitoraggio attuazioni norme della Privacy

Area Tematica	Obiettivo 2026	Indicatore	Tempi di attuazione	Verifica
Individuazione dei dipendenti e dei singoli operatori anche non titolari di contratto di lavoro/incarico (a titolo esemplificativo : frequentatori volontari, borsisti, stagisti, specializzandi, tirocinanti ecc..) afferenti alla propria Struttura , quali Autorizzati al trattamento dei dati .	100%	Numero istruzioni consegnate /Numero dipendenti_collaboratori autorizzati assegnati alla Struttura	Tempestivo	Semestrale
Verifica e monitoraggio circa l'espletamento, da parte di tutti i dipendenti, del corso privacy obbligatorio	100%	Numero dipendenti collaboratori che hanno effettuato la formazione privacy obbligatoria/Numero dipendenti_collaboratori assegnati alla Struttura	Tempestivo	Semestrale
Corretta attuazione della procedura di Nomina del responsabile esterno del trattamento dei dati (ex art. 28 Reg. UE 679/2016) di cui alla Delibera n. 1053 dell'11.07.2022	100%	Numero Atti di Nomina ex art. 28 Reg. UE 679/2016/ Numero di affidamenti aventi ad oggetto trattamento dati	Tempestivo	Semestrale
Corretta attuazione delle disposizioni aziendali in materia di pubblicazione degli atti (rispetto delle norme sulla privacy)	100%	Verifiche a campione degli atti di competenza Dirigenziale.	Tempestivo	Semestrale

Tab.187: Monitoraggio attuazione norme privacy