ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Piano Integrato di Attività e Organizzazione
PIAO 2026-2028

(Allegato _ alla delibera n. ___ del _____)

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

Sommario

PREMESSA 5
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE 7
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 11
2.1 Valore pubblico 11
2.1.1 Nuovi modelli organizzativi e valore pubblico 13
2.2 Performance 18
2.2.1 Presentazione del Piano della Performance 18
2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision 19
2.2.3 L'analisi del contesto 20
2.2.4 Definizione degli obiettivi 21
2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance 21
2.2.4.2 Vigenza del Piano e integrazione con il ciclo di gestione della performance 22
2.2.4.3 L'Albero della *performance* 24
2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari 24
2.2.4.5 Gli obiettivi operativi 41
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza 83
2.3.1 Premessa 84
2.3.2 Obiettivi e azioni del piano 85
2.3.3 Obiettivi strategici 86
2.3.4 I soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione ed i loro compiti 87
2.3.4.1 Il Direttore Generale 88
2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza (RPCT) 88
2.3.5 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza 89
2.3.6 I Dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto Socio-Sanitario, Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice 90
2.3.7 Il Collegio Sindacale 90
2.3.8 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV) 91
2.3.9 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari 91
2.3.10 La UOC Formazione e Aggiornamento 92

2.3.11 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda 92
2.3.12 Gli Stakeholders 93
2.3.13 Nomine legate alle attività di prevenzione 93
2.3.14 Collegamento con il ciclo della performance e con il PIAO 95
2.3.15 Il processo di gestione del rischio di corruzione 95
2.3.16 L' analisi del contesto 96
2.3.16.1 Il contesto esterno 97
2.3.16.2 Criteri e fonti per la valutazione del rischio corruttivo 97
2.3.17 Il contesto interno 98
2.3.18 La struttura organizzativa 98
2.3.19 La mappatura dei processi 100
2.3.19.1 Principali aree di attività considerate a rischio 100
2.3.20 La valutazione del rischio 101
2.3.21 Il trattamento del rischio 102
2.3.22 Monitoraggio e riesame 103
2.3.22.1 Consultazione degli stakeholder e comunicazione del PTPCT 103
2.3.23 Le misure generali di prevenzione della corruzione 104
2.3.23.1 Il codice di comportamento 104
2.3.23.2 Le misure di disciplina del conflitto di interessi 105
2.3.23.3 Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi 108
2.3.23.4 Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici 108
2.3.23.5 Gli incarichi extraistituzionali 109
2.3.23.6 Divieti *post-employement* (*Pantouflage*) 110
2.3.23.7 La formazione nell'ambito del PTPCT 111
2.3.23.8 La rotazione ordinaria del personale 112
2.3.23.9 La rotazione straordinaria 115
2.3.23.10 La tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing) 116
2.3.23.11 I controlli interni e il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) 118
2.3.24 Il programma triennale per la trasparenza ed integrità 120
2.3.25 Il sistema dei controlli interni 121
2.3.25.1 Finalità e principi 122

2.3.25.2 Tipologie di controlli interni 122
2.3.25.3 Controlli di regolarità amministrativa e contabile 122
2.3.25.4 Controlli strategici e controllo di gestione 123
2.3.25.5 Controlli sulla qualità dei servizi 123
2.3.25.6 Ruolo dei controlli interni nella prevenzione della corruzione 123
2.3.25.7 Integrazione con PTPCT, PIAO e ciclo della performance 123
2.3.26 Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – Anno 2025. 124
2.3.27 Allegato 2 – Catalogo processi a rischio (PTPCT 2026–2028) 145
2.3.28 Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza 2026 – 2028. 152
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 225
3.1 Struttura organizzativa 225
3.2 Piano delle Azioni Positive 232
3.2.1 Realizzazione dell'Ospedale Virtuale di Comunità 233
3.2.2 Sviluppo degli Ambulatori Virtuali di Comunità 233
3.2.3 Implementazione dei Servizi Territoriali di Telemedicina attraverso le Botteghe di Comunità ... 234
3.2.4 Sviluppo del Servizio di Telemedicina Penitenziaria 234
3.2.5 Progetto Sperimentale Radiologia Domiciliare 2026 235
3.2.6 Progetto di Screening della Retinopatia Diabetica – ASL Salerno 235
3.2.7 Progetto Agente di IA e assistenza per Customer Service ai pazienti 236
3.2.8 Progetto Teleriabilitazione 236
3.3 Organizzazione del lavoro agile 237
3.4 Piano Triennale dei fabbisogni di personale 237
3.5 Piano della Formazione 239
3.5.1 Introduzione 239
3.5.2 Obiettivi Formativi Piano Formazione 2026 240
3.5.3 Macroarea - obiettivi tecnico – professionali 240
3.5.4 Macroarea - obiettivi di processo 242
3.5.5 Macroarea - obiettivi di sistema 243
3.5.6 Articolazione del Piano Formazione 2026 243
3.5.7 Risorse finanziarie dedicate 244
3.5.8 Percorso di costruzione e gestione del piano delle attività formative interne 244

3.5.9 La formazione obbligatoria 244
3.5.10 Educazione Continua in Medicina 245
3.5.11 Presentazione del Piano Formazione agli stakeholder 245
3.6 Piano triennale per l'Informatica 245
3.7 Piano attività di educazione e promozione della salute 251
3.8 Piano di efficientamento energetico 254
4 MONITORAGGIO 254
4.1 Principi e ambiti 254
4.2 Customer satisfaction dei servizi aziendali 255
4.2.1 Criteri e modalità operative 255
4.2.2 Analisi metodologica 256
4.2.2.1 Strumenti e tecniche per la rilevazione della qualità percepita 256
4.2.2.2 La rilevazione della qualità percepita 257
4.2.2.3 Alcune specificità dell'ambito sanitario 257
4.2.3 Il Questionario 257
4.2.3.1 Criteri e modalità per la somministrazione dei questionari 258
4.2.3.2 Analisi ed elaborazione dati 260
4.2.4 Risultati 260
4.2.5 Azioni di miglioramento 286
4.3 Piano di comunicazione 287

PREMESSA

Con il D.L. 80/2021 convertito in Legge n. 113 del 6.08.2021, si è introdotto all'art. 6 il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione** (da adesso in poi PIAO) per le Pubbliche Amministrazioni.

Obiettivo di tale innovativa norma è integrare in un unico documento i principali atti di pianificazione/programmazione dell'Ente, tra cui rientrano:

- il Piano della Performance (PdP);
- il Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP);
- il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- il Piano Triennale per l'Informatica;
- il Piano di efficientamento energetico ai sensi della Nota circolare n. 2/2022 Dipartimento Funzione Pubblica;
- il Piano della Formazione del personale;
- il Piano di Comunicazione;
- il Piano delle Azioni positive (Lavoro smart/da remoto; Attività di Educazione e promozione della salute).

A seguito dell'istituzione del Piano, il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6.
In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono stati individuati gli adempimenti relativi ai vari Piani assorbiti dal PIAO.

Con la Nota circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono state poi fornite indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione, in particolare sull'utilizzo del Portale PIAO, sul relativo questionario informativo, sul ciclo di programmazione triennale, sulla materia dell'efficientamento energetico e degli strumenti incentivanti.

L'articolazione del presente documento risponde alle indicazioni fornite con il Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022), concernente il *Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*, ed è organizzato secondo gli schemi allegati al suddetto Decreto, nelle seguenti sezioni minime:

- **SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**
  - Presentazione, Organigramma ed articolazioni dell'Azienda

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

  - Sottosezione di programmazione 2.1 **Valore pubblico**
    - Valore pubblico: in questa sottosezione sono definiti: 1) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione; 2) le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; 3) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti; 4) gli

obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.

- Sottosezione di programmazione 2.2 **Performance**
  - Performance: la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'amministrazione. Essa deve indicare, almeno: 1) gli obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia; 2) gli obiettivi di digitalizzazione; 3) gli obiettivi e gli strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione; 4) gli obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

- Sottosezione di programmazione 2.3 **Rischi corruttivi e trasparenza**
  - Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo2013, n. 33 del 2013. La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, contiene: 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013. 2. Per gli enti locali la sottosezione a) sul valore pubblico fa riferimento alle previsioni generali contenute nella Sezione strategica del documento unico di programmazione. l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi; 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo; 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico; 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati; 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa; 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure; 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- Sottosezione di programmazione 3.1 **Struttura organizzativa**
  - Struttura organizzativa: in questa sottosezione è illustrato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione e sono individuati gli interventi e le azioni necessarie programmate di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a);

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

➢ **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

- La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché' i soggetti responsabili. 2. Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno (P. IVA 04701800650) ha sede legale in Salerno, via Nizza n.146.

Essa è stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa,

amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale, nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività.

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

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

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

La popolazione residente è di 1.058.018 (fonte: ISTAT all'1 Gennaio 2025), che rappresenta il 18,9% della popolazione regionale. La densità media risulta pari a 215 abitanti per Kmq.

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

- 19 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 61% del totale;
- 27 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 20%;
- 112 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 19% (al di sotto dei 5mila abitanti).

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

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

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

L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009, nel DCA n. 33 del 17.5.2016 aggiornato con DCA n. 103/2018, con DCA n. 83/2019 e da ultimo con la Deliberazione GRC n. 682 del 13/12/2022 "Linee Guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23 Maggio 2022".
L'organizzazione dei servizi, inoltre, si struttura anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze e i Dipartimenti funzionali ospedalieri.

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

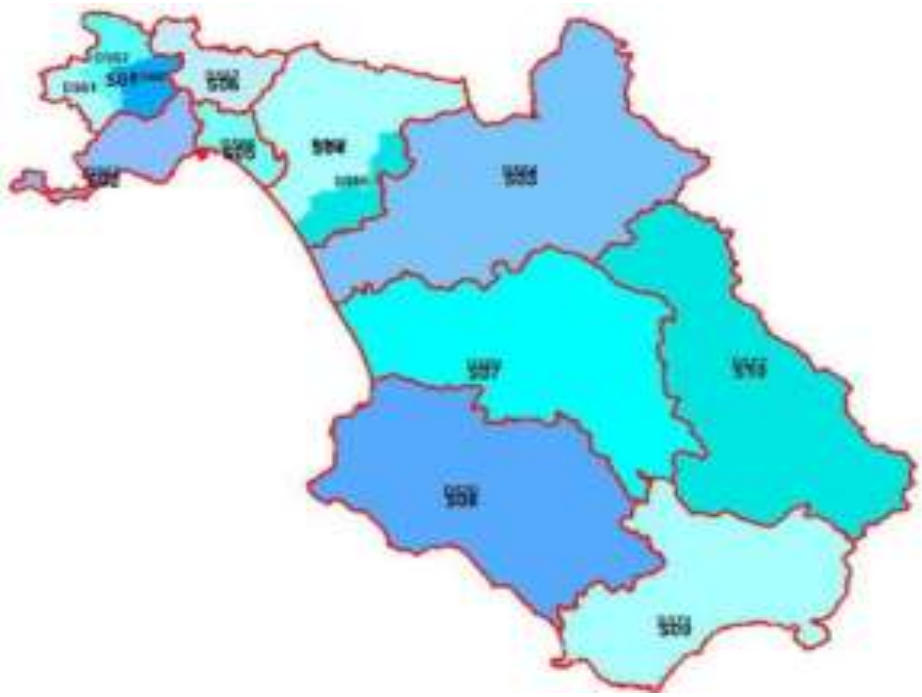
La necessaria ricerca dell'appropriatezza dell'ambito di cura impone che la rete di offerta dei servizi sia configurata quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio, con una modalità di produzione dell'offerta individuata come una piattaforma unica, a valenza sia territoriale che ospedaliera, avulsa da elementi di divisione ma articolata su una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria, calibrata sul reale bisogno di salute.

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

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

Distretti Sanitari ASL Salerno e Ambiti Sociali

Assistiti ASL Salerno (Statistiche per Fasce di età)							
Ambito Sociale	**Distretto**	**Sede Distretto**	**Comuni**	**Fascia 0-14**	**Fascia 15-64**	**Fascia over 65**	**Totale**
Ambito S 01_1	DS60	Nocera Inferiore	4	11.889	59.253	18.613	89.755
Ambito S 01_2	DS61	Angri-Scafati	4	13.293	58.771	16.003	88.067
Ambito S 01_3	DS62	Sarno-Pagani	4	29.002	128.766	34.533	192.298
Ambito S 02	DS63	Cava-Costa d'Amalfi	14	10.677	56.241	20.698	87.616
Ambito S 03 ex S5	DS64	Eboli	18	14.076	69.301	22.602	105.979
Ambito S 03 ex S8							
Ambito S 04	DS65	Battipaglia	3	9.429	45.660	14.275	69.364
	DS68	Giffoni Valle Piana	9	11.064	52.465	14.919	78.448
Ambito S 05	DS66	Salerno	2	2.558	13.688	5.568	21.814
Ambito S 06	DS67	Mercato San Severino	6	9.509	45.667	13.413	68.590
Ambito S 07	DS69	Capaccio-Roccadaspide	20	6.215	33.135	12.355	51.705
Ambito S 08	DS70	Vallo della Lucania	38	11.010	60.018	23.454	94.483
Ambito S 09	DS71	Sapri	18	4.669	25.789	11.266	41.724
Ambito S 10	DS72	Sala Consilina-Polla	18	8.075	43.738	16.362	68.175
TOTALE			**158**	**141.465**	**692.492**	**224.061**	**1.058.018**



2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

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

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

Il Direttore Generale adotta gli atti di pianificazione, programmazione e controllo dell'Azienda e provvede all'emanazione dei cd. "atti di alta amministrazione", coadiuvato in ciò dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che concorrono al governo dell'Azienda con la formulazione di proposte e di pareri.

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

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

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

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

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

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

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

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

Particolare attenzione è data:

- alla integrazione dei servizi sanitari territoriali-ospedalieri, al fine di fornire percorsi di assistenza attraverso i quali il cittadino è accompagnato in ogni risposta ai suoi bisogni di salute;

- alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, con distinzione delle attività di ricovero e dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza da quelli per acuti, con conseguente riduzione dei tempi di ricovero;

- alla riduzione delle liste di attesa, sia per le attività diagnostiche che per quelle di cura e riabilitazione, con particolare riferimento agli interventi chirurgici per patologie tumorali;

- all'allineamento dei dati di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a quelli nazionali.

L'Azienda cura l'integrazione dell'**Assistenza socio-sanitaria** con interventi sociali ad elevato impatto sanitario. Le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del Servizio Sanitario Nazionale sono individuati in base al DPCM 14.2.2001 e al DPCM 29.11.2001.
È preposto al governo di tale funzione il Responsabile del Coordinamento socio-sanitario che supporta la direzione e le strutture dipartimentali e distrettuali nella *governance* dei processi gestionali e professionali che sottendono all'intero sistema socio-sanitario, con attenzione alla distinzione tra le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente locale e dei rapporti tra l'Azienda e i Comuni in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano.

L'Azienda, in sintesi, promuove i seguenti valori:

a) centralità della persona ed uguaglianza di tutti i cittadini nel diritto a perseguire lo stato di salute;
b) personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, realizzate attraverso il mantenimento di comportamenti attenti alle necessità ed alle specificità dell'individuo;
c) imparzialità ed efficienza nell'erogazione del servizio;
d) confronto con la comunità, le istituzioni, le associazioni di volontariato, come crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e realizzabile;
e) introduzione dell'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico, sul quale sostenere i continui cambiamenti del settore sanitario-ospedaliero;
f) qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
g) formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale verso la realizzazione di ospedali orientati al costante miglioramento dell'attività clinico-assistenziale ed allo sviluppo di forme di educazione sanitaria partecipata;
h) corretta e preventiva gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente, come impegno attivo degli utenti e dei dipendenti, attraverso la valorizzazione delle esperienze e l'analisi delle condizioni organizzative.

In definitiva, il mandato istituzionale della ASL Salerno nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale è volto alla tutela della salute degli individui e della collettività e alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in linea con la programmazione Regionale e Nazionale in materia.

2.1.1 Nuovi modelli organizzativi e valore pubblico

Sotto l'aspetto del valore pubblico sono da evidenziare i nuovi modelli organizzativi che l'Azienda assume a riferimento in risposta agli scenari di evoluzione della domanda assistenziale.

La transizione demografica che vede in costante aumento la fascia di popolazione anziana e non autosufficiente e le correlate casistiche della cronicità, trova nel potenziamento dell'assistenza territoriale la risposta maggiormente adeguata a garanzia della sostenibilità di un modello assistenziale alle prese con evidenti problemi di costi crescenti. In attuazione dei modelli e standard assistenziali previsti dal DM 77/2022, l'Azienda produrrà nell'anno 2026 l'ulteriore avanzamento degli interventi per la realizzazione delle strutture territoriali previsti nell'ambito della Missione 6 del PNRR. Ma darà ulteriore slancio anche a nuovi modelli organizzativi già avviati in chiave sperimentale e con ottimi risultati nel corso degli anni 2024 e 2025. In tale ambito si annoverano: a) le Botteghe di Comunità; b) il Telestroke.

Botteghe di Comunità

Il modello di integrazione organizzativo-assistenziale adottato dall'Azienda ASL Salerno nel corso degli anni 2024 e 2025 attraverso le Botteghe della Comunità, verrà proseguito con ulteriore slancio ed ulteriori attività nell'anno 2026, come innovativa modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari a livello locale, con un focus particolare sulla promozione della salute e sul rafforzamento della coesione sociale. Le strutture in questione mirano ad una risposta ai bisogni della popolazione in particolare nelle aree più periferiche o vulnerabili, offrendo servizi di assistenza, supporto, prevenzione e sensibilizzazione.

Al fine di implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia, l'Asl Salerno ha avviato tale sperimentazione nell'area interna del Cilento, che coinvolge 29 Amministrazioni comunali, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) e progettando, con l'ausilio dei 29 comuni che insistono nell'area, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie per un bacino di 28 mila cittadini serviti.
Il framework delle Botteghe della Comunità rafforza quindi il modello aziendale scaturito dal DM 77/2022. L'ASL Salerno conta di realizzare la presa in carico della persona con patologie croniche direttamente a domicilio o nel luogo in cui questa vive, senza bisogno che si debba spostare per ricevere prestazioni di controllo e/o di bassa intensità.
Le Botteghe della Comunità avviate sperimentalmente afferiscono ai Distretti n. 69 e 70 e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti.

La Bottega si configura come presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere come soggetto di riferimento, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con servizio civile e con cittadini *city competent* per la promozione della salute, l'inclusione sociale e l'ambiente.
Grazie alla tecnologia è poi attuabile il collegamento delle Botteghe alla complessiva rete dei servizi dell'Azienda, attraverso l'utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo anche un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari, demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

Telemedicina: Telestroke

In un contesto sanitario sempre più dinamico e complesso, l'assistenza sanitaria necessita di essere ripensata attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi. Le emergenti tecnologie e il potenziamento della rete dei servizi consentono a intere comunità un più facile accesso ai trattamenti terapeutici e di prevenzione. In particolare la telemedicina consente ai pazienti di ricevere assistenza medica ottimizzando i tempi e riducendo talvolta la necessità della presenza del *caregiver*. L'utilizzo di strumentazione innovativa consente di collazionare informazioni sul paziente creando un vero e proprio *dataset* sul suo quadro di salute, con possibilità di monitoraggio da remoto che risulta particolarmente appropriato soprattutto per i pazienti cronici, di cui viene più facilmente monitorata e incoraggiata l'aderenza terapeutica.

L'introduzione di indicatori di performance riguardanti la telemedicina rappresenta una strategia aziendale di ottimizzazione dell'assistenza, che ha impatto sia sulla riduzione dei tempi di risposta al bisogno assistenziale che sui costi di erogazione dei servizi sanitari.

Nell'ambito delle patologie cardiovascolari, l'Azienda implementa il modello sperimentale cd. *Telestroke* messo in campo nel 2024, con ottimi risultati in termini di volumi trattati già nel biennio 2024-2025.

In particolare, il modello prevede articolazioni periferiche denominate "Spoke" a cui viene fornita consulenza neurologica da remoto attraverso un collegamento con neurologi allocati nelle strutture ospedaliere a maggiore complessità, cosiddetti "Hub", adeguatamente attrezzate. Il paziente con sospetto di ictus ischemico giunto al pronto soccorso, riceve il trattamento terapeutico in teleconsulto affinché sia rispettata la ristretta finestra temporale per la buona riuscita del trattamento dopo l'insorgenza dei sintomi.

Si tratta, nello specifico, di un sistema di video-consulto specialistico multidisciplinare in ambito di emergenza-urgenza, supportato da un dispositivo di presenza remota. Tali strumenti consentono la presa in carico del paziente, con il pieno e continuativo controllo dei parametri vitali, e la gestione dei protocolli che attestano il grado di rischio in funzione della predittività degli eventi.

Nel contesto internazionale, la patologia ischemica cerebrale acuta (ictus) rappresenta una significativa problematica di salute, ponendosi anche in Italia come prima causa di disabilità nell'adulto e come terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche.

Sebbene le linee guida prevedano una finestra temporale di circa 6 ore dall'insorgenza dei sintomi per il trattamento endovascolare e di 4,5 ore per la somministrazione endovenosa della terapia trombolitica, è comunque auspicabile intraprendere il trattamento dei pazienti colpiti da ictus ischemico il più precocemente possibile. In pazienti adeguatamente trattati si riducono infatti i tempi di degenza e riabilitazione, migliorano gli *outcome* di salute, si prevengono o si limitano i costi associati ai danni permanenti subiti.

Una Rete Stroke (aziendale, provinciale, regionale) realmente funzionante ed efficiente rappresenta il più avanzato ed efficace modello per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti, il solo in grado di garantire una significativa riduzione della mortalità e disabilità legate alla malattia, nonchè una strategia di equità geografica e temporale nel trattamento di una acuzie tipicamente tempo-dipendente.

L'idea progettuale avviata dalla ASL Salerno nel 2024 è figlia dell'intuizione che l'utilizzo della tecnologia e del digitale possa migliorare tutti i processi sanitari, soprattutto quelli rivolti alle patologie tempo-dipendenti da configurare in rete, specie in territori come quello della provincia di Salerno caratterizzati da aree interne svantaggiate in termini di viabilità, in cui i punti di erogazione sanitaria sono oltremodo distanti tra loro. Aree dove l'oggettiva difficoltà oro-geografica si somma alla strutturale carenza di personale sanitario vieppiù aggravata dalla minore attrattività rispetto alle aree urbane.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico per la Gestione dell'Ictus ischemico in Telestroke, formalizzato con delibera ASL Salerno, definisce il protocollo di gestione del paziente in *telestroke*, supportato dalle evidenze scientifiche ad oggi disponibili. La metodica intrapresa, da consolidarsi nel corso dell'anno 2026, esprime le potenzialità di un approccio ragionato alle nuove tecnologie digitali, per il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e la qualità dell'assistenza, a garanzia di cure più moderne in termini di tempestività e personalizzazione.

Sostenibilità e valore pubblico (ESG)

Le organizzazioni vivono nel presente profondi cambiamenti in termini di responsabilità sociale, che va al di là del semplice impatto sugli aspetti economico-finanziari. Le strutture sanitarie, in particolare, sono coinvolte nella responsabilità della creazione di valore pubblico, che comporta una necessaria attitudine alla valutazione della performance attraverso specifici indicatori nella sfera sociale, ambientale e di *governance*. La strategia aziendale in tali ambiti coinvolge più aspetti, interessando:

i) etica; ii) morale; iii) trasparenza; iv) efficienza.

Il settore sanitario risulta essere tra quelli maggiormente responsabili dell'inquinamento ambientale, in quanto utilizzatore di sostanze chimiche e produttore di rifiuti patologici (farmaceutici, chimici e radioattivi) che registrano un impatto del 4-5% sulle emissioni nette globali, di cui il 10% di emissioni di mercurio per un terzo riversate nelle acque reflue. In particolare, le emissioni di anidride carbonica nelle strutture sanitarie sono dovute a: i) climatizzazione e illuminazione; ii) trasporti; gestione rifiuti; alimentazione; dispositivi medici.

Obiettivi a cui tendere sono, pertanto: a) l'efficientamento energetico; b) la gestione adeguata dei rifiuti; c) la riduzione dei volumi farmaceutici scaduti.

Al fine di adottare modelli organizzativi sostenibili risulta necessario promuovere non solo azioni multidisciplinari, focalizzate sulle differenti attività professionali, ma anche interdisciplinari ovvero che discendano dal confronto di esperti sanitari di differenti settori, attraverso una visione sistemica. L'Azienda si prefigge la generazione di valore a diversi livelli: a) valore settoriale, migliorando le performance delle singole unità operative e le relazioni intra-organizzative; b) valore pubblico inter-organizzativo in senso stretto, tra unità operative afferenti alla stessa o a diverse Macrostrutture aziendali; c) valore pubblico in senso ampio, tra una o più unità operative dell'Azienda Sanitaria Locale e altre aziende o enti del territorio. Il cambiamento culturale intrapreso coinvolge le risorse umane a tutti i livelli, e la stessa formazione del personale rappresenta un indispensabile *driver* per affermare il ruolo dell'organizzazione sanitaria

nell'impatto sociale relativo alla salvaguardia e al benessere di intere comunità. Adottare un modello organizzativo sostenibile significa darsi una prospettiva più ampia e strutturale e far fronte non solo all'efficienza economica ma anche alla tutela ambientale, sociale e di *governance*.

L'adozione di un modello organizzativo sostenibile, volto a ridurre gli sprechi e ottimizzare i processi, è percepita dagli *stakeholder* quale personalizzazione dei servizi offerti a fronte del bisogno assistenziale. L'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, i big data sanitari e l'intelligenza artificiale rappresentano validi strumenti per supportare ambiti cruciali di impatto sull'ambiente, quali ad esempio la gestione dei rifiuti, il controllo dei consumi energetici, la riduzione delle emissioni.

Anche la promozione dell'equità sanitaria, attraverso una garanzia di accesso facilitato ai servizi sanitari rientra nella sostenibilità sociale.

L'Organizzazione delle Nazioni Unite definisce gli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDG*) quali "…obiettivi interconnessi per lo sviluppo di un futuro più sostenibile". Tra questi, il diritto alla salute e l'uguaglianza sociale e di genere.

Per l'introduzione di un modello organizzativo sostenibile, l'Azienda ha inserito tra gli indicatori di performance organizzativa per l'anno 2026 quelli inerenti la telemedicina, nel cui ambito si è posta il duplice obiettivo di convertire in televisita una quota significativa delle prestazioni erogate in presenza (disposizione prot. ASLSA-0144185-2025 - Nota Regione Campania PG 20390/2025) e di consolidare/incrementare la modalità di intervento *telestroke*.

Ha promosso, inoltre, l'utilizzo della piattaforma RENTRI per la tracciabilità dei rifiuti.

Telemedicina	Conversione di prestazioni specialistiche in presenza in televisita
Telestroke	Incremento degli interventi con teleconsulto HUB-SPOKE
Piattaforma RENTRI	Gestione mirata dei rifiuti per la tracciabilità digitale

Nell'anno 2026, inoltre, l'Azienda mira ad implementare ulteriori indicatori riguardanti l'impatto delle proprie attività sull'ambiente nonché in ambito sociale (compresa la parità di genere) e di *governance* (comunicazione, trasparenza, performance finanziaria, etc.). Il *goal* è raggiungere una più diffusa consapevolezza del modello sostenibile, a tutti i livelli di ruoli e posizioni delle risorse umane dipendenti, inducendo un cambio culturale di consapevolezza verso la tutela della salute congiunta alla salvaguardia dell'ambiente e agli impatti positivi sul sociale e sulla *governance*.

Per rafforzare l'orientamento organizzativo verso una politica di sostenibilità, l'Azienda ha intrapreso nel 2025 una partnership con una startup dell'*Università Sapienza di Roma*, per una soluzione personalizzata nell'area strategica della sostenibilità.

Tale progetto è finalizzato ad integrare le politiche di sostenibilità all'interno del sistema sanitario locale. L'iniziativa, articolata in più fasi, punta a trasformare l'ASL in un modello di riferimento per l'applicazione concreta dei criteri ESG (*Environmental, Social, Governance*) nel settore pubblico sanitario.

La prima fase del progetto ha visto il coinvolgimento di personale amministrativo e sanitario attivo su tutti i presidi e distretti dell'ASL, in un percorso formativo approfondito che partendo dai fondamenti della sostenibilità ha esplorato l'evoluzione del concetto in ambito sanitario, fino ad arrivare al modello integrato di *One Health* ed alla progettazione di KPI ESG specifici applicabili alla realtà dell'ASL Salerno.

La seconda fase ha riguardato l'analisi delle politiche e delle pratiche esistenti all'interno dell'Azienda Sanitaria, con l'obiettivo di valutarne il posizionamento strategico non solo in ottica ESG ma anche in termini di capacità di generare valore sostenibile nel lungo periodo.

La terza fase del progetto, che rappresenta il cuore operativo dell'iniziativa, è tuttora in evoluzione attraverso la somministrazione di una *survey* ESG ai Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari, attraverso cui mappare in modo puntuale le pratiche, i comportamenti e le sensibilità già presenti nei diversi contesti locali, con l'obiettivo di pervenire ad una fotografia realistica e misurabile del posizionamento dell'ASL Salerno in tema ESG, da cui partire per sviluppare concrete ed efficaci strategie di sostenibilità.

2.2 Performance

2.2.1 Presentazione del Piano della Performance

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

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

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

A fronte del presente Piano, entro il 30 giugno dell'anno successivo all'esercizio finanziario, l'Azienda adotta la Relazione sulla *performance*.
Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance* (articolo 4 del D.lgs. n. 150/2009), nel quale sono esplicitati in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* costituenti i fondamentali elementi su cui è basata, *ex post*, la misurazione, valutazione e rendicontazione della *performance*.

Gli obiettivi definiti nel Piano sono:

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

Il Piano configura una visione comune tra il vertice aziendale e il personale dipendente e rappresenta uno strumento di orientamento delle azioni e dei comportamenti sia dei dirigenti che del personale del comparto.
Costituisce, inoltre, la linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

Il presente Piano della Performance, accoglie gli elementi di sintesi della programmazione di base definiti con la Direttiva annuale della Direzione Strategica per l'esercizio 2026 rivolta all'intera organizzazione aziendale, formulata attraverso gli obiettivi con cui viene assicurata la continuità della gestione in capo ai Centri di Responsabilità aziendali, per la più efficace ed efficiente offerta di servizi sanitari e socio-sanitari assistenziali.
La revisione annuale del Piano, da attuarsi nei tre anni di vigenza, è alla base del miglioramento continuo indispensabile per l'attuazione degli obiettivi dell'Azienda ASL Salerno e sarà oggetto di ulteriori modifiche e integrazioni in relazione alle aree di criticità che andranno di volta in volta a delinearsi.

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

2.2.2 Mandato istituzionale/mission/vision

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

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

I princìpi sottesi agli obiettivi definiti nel Piano sono riferiti alle direttive, norme e linee di indirizzo emanate dalla Regione Campania con la Legge n. 16/2008 e s.m.i., alle decretazioni e deliberazioni costituenti la programmazione sanitaria regionale e sono altresì riferiti agli obiettivi assegnati al Direttore Generale della ASL Salerno con la delibera della Giunta Regionale della Campania n. 432 del 26.06.2025 e D.P.G.R.C. n. 100 del 7.08.2025.

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

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

2.2.3 L'analisi del contesto

Il contesto in cui trova applicazione il presente Piano è in prevalenza contraddistinto dalle politiche regionali rivolte al recupero di efficienza e al risanamento economico-finanziario del sistema sanitario regionale, all'appropriatezza e congruità delle prestazioni e dei servizi erogati, in assolvimento degli obblighi di razionalizzazione e contenimento della spesa.
La programmazione regionale sottesa al presente Piano fa capo in primis al Decreto Commissariale n. 6 del 17.01.2020 "*Approvazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191. Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019*", al Decreto CA n. 33 del 17.05.2016 e successivi aggiornamenti di cui ai DCA n. 8/2018 e n. 103/2018 "*Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015"*, al Decreto CA n. 83 del 31.10.2019 "*Piano Regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2019-2021*" come integrata dalla Deliberazione GRC n. 682 del 13 dicembre 2022, nonché tutti i provvedimenti emanati con le seguenti priorità d'intervento:

1. implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
2. riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
3. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
4. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale;
5. razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
6. razionalizzazione della spesa farmaceutica, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva;
7. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;

8. adozione dei nuovi atti aziendali;
9. implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
10. definizione e programmazione degli investimenti per Interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
11. ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi.

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

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

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

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

2.2.4 Definizione degli obiettivi

2.2.4.1 Principi di base del Piano della Performance

Il Piano della performance presuppone una realizzazione a cascata degli obiettivi dell'Azienda, con la definizione degli obiettivi strategici e l'assegnazione di obiettivi operativi alle Macrostrutture aziendali (Distretti Sanitari; Presidi Ospedalieri; Dipartimenti; Servizi amministrativi e Staff facenti capo all'Area centrale) e alle Unità Operative Complesse (UOC) ed Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), direttamente coinvolte nel conseguimento degli obiettivi di carattere generale, obiettivi specifici ed obiettivi tematici assegnati dalla Regione Campania al Direttore Generale della ASL Salerno all'atto della conferma dell'incarico (DGRC n. 432 del 26/06/2025 e DPG n. 100 del 07/08/2025).
Gli obiettivi strategici dell'Azienda sono declinati operativamente da ciascuna Macrostruttura con il coinvolgimento delle rispettive Unità Operative.

Il Piano, attraverso "l'albero della Performance", esprime l'allineamento delle azioni e degli obiettivi operativi perseguiti nei vari ambiti assistenziali con gli obiettivi strategici generali dell'Azienda.
Ogni informazione relativa al Piano ed al ciclo di gestione della Performance è resa trasparente mediante la pubblicazione nell'apposita sezione del sito web aziendale, ai sensi dell'art. 11 del D.L.gs n. 150/2009.

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

Il presente Piano ha validità triennale 2026-2028, secondo una logica di riallineamento annuale degli obiettivi e *target* nell'ambito del ciclo della performance di cui all'art.4 D.L.gs 150/2009.
In tale arco temporale, costituiscono obiettivi prioritari, per tutte le Macrostrutture dell'Azienda, la sostenibilità economica dei servizi erogati rispetto alle risorse assegnate e la umanizzazione dell'assistenza.
Circa l'integrazione del Piano della Performance e del *Sistema di Misurazione e Valutazione*, l'Azienda si è orientata a partire già dall'esercizio 2024 ad una rimodulazione dell'intera materia, attraverso l'implementazione di una piattaforma software dedicata (cd. *Gzoom Performance)* per la gestione del ciclo della Performance in modalità digitale, con definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di assegnazione e valutazione degli obiettivi secondo i criteri stabiliti nel Sistema Aziendale di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) di cui all'art. 7 del D.lgs n. 150/2009 approvato con delibera n. 1129 del 10-07-2024 (sottostanti prospetti):

Attraverso la piattaforma GZOOM è assegnata ad ogni struttura una scheda di obiettivi con la quale è possibile monitorare e valutare la performance attraverso indicatori e target preordinati per fasce (sottostante prospetto):

Il ciclo di gestione della performance viene pertanto articolato in ossequio all'art. 4 del D.Lgvo 150/2009, attraverso le seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. correlazione logica fra i livelli di performance strategica, organizzativa e individuali;
5. valutazione dei risultati;
6. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito:
7. rendicontazione dei risultati agli Stakeholder dell'Azienda Sanitaria.

2.2.4.3 L'Albero della *performance*

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

2.2.4.4 Gli obiettivi strategici prioritari

L'albero della performance:
OBIETTIVI STRATEGICI

Nell'ambito del mandato istituzionale attuato nel Sistema Sanitario Regionale ed in linea con la programmazione sanitaria regionale nonché con gli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 432 del 26.06.2025 concernente la conferma del mandato di Direttore Generale della ASL Salerno, l'Azienda focalizza la performance 2026-2028 secondo linee strategiche orientate alla tutela della collettività e alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.
Il mandato istituzionale della ASL Salerno si attua nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, dove opera per la tutela della salute degli individui e della collettività e concorre alla promozione e miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche e degli strumenti di comunicazione.
In ordine alle determinazioni della succitata deliberazione GRC n. 432/2025, questa Amministrazione deve garantire:

quali <u>obiettivi di carattere generale</u>:
a*) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria; b) il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;*

quali <u>obiettivi specifici</u>:
a) garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme "CORE" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, con particolare attenzione

alla continuità delle performance nel tempo e alla riduzione delle eventuali criticità rilevate nei monitoraggi nazionali e regionali;
b) garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite "prestazioni sentinella", sia in regime ambulatoriale che di ricovero, assicurando contestualmente un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l'equità nell'accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico;
c) assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte;
d) raggiungimento degli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 420 del 6 agosto 2025 e s.m.i.;

quali Ulteriori obiettivi tematici:
a) assicurare la piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l'organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali;
b) digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita;
c) assicurare un puntuale, sistematico e documentato monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero e sociosanitario, nonché le quote assegnate e i vincoli contrattuali in coerenza con i livelli di assistenza previsti, al fine di garantire il rispetto degli standard di qualità, appropriatezza, equità nell'accesso e sostenibilità della spesa sanitaria;
d) assicurare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (circolare Mef 2449 del 03.01.2024);
e) il rispetto dei tempi di pagamento.

I suddetti obiettivi, con deliberazione ASL Salerno n. 1654 del 4/11/2025 ad oggetto "*Recepimento obiettivi DGRC n. 432 del 26.06.2025 e adeguamento della programmazione aziendale",* sono stati assegnati alle articolazioni aziendali rispettivamente competenti.

- **Equilibrio economico-finanziario**

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

Per il conseguimento di tale risultato l'Azienda ricorre a modalità gestionali su base budgetaria nei vari ambiti assistenziali e amministrativi, tra i quali ha particolare rilevanza la gestione delle risorse umane attraverso la budgetizzazione del lavoro straordinario per singola unità operativa, finalizzata al rispetto dei fondi contrattuali deliberati. Le parametrazioni di riferimento per tale modalità budgetaria, in accordo anche con le rappresentanze sindacali, sono desunte dalla metodologia per la definizione del fabbisogno di personale approvata dalla Giunta Regionale della Campania con deliberazione n. 190 del 19/04/2023.
Sempre nell'ambito delle risorse umane, analoga modalità budgetaria è attuata dall'Azienda a fronte delle annose carenze di personale medico, con l'assegnazione di quote orarie di prestazioni aggiuntive ex art. 89 CCNL Area sanità triennio 2019-2021, volte a garantire la continuità assistenziale e l'erogazione dei LEA negli ambiti maggiormente esposti, come quello dell'Emergenza e delle Reti tempo-dipendenti.

Nell'ambito della spesa per consumi di beni sanitari, la previsione del bilancio 2026 è definita sulla base del fabbisogno programmato con il c.d. Piano dei fabbisogni So.Re.Sa. approvato con delibera n. 1391 del 24/09/2025. Con tale Piano l'Azienda, a valle di uno specifico *audit* rivolto ai Macrocentri gestori del budget finalizzato ad individuare le effettive necessità assistenziali della domanda espressa e potenziale, definisce annualmente il piano di acquisti di beni e servizi ai sensi del Decreto Commissariale n. 58/2011, da trasmettere a So.Re.Sa. entro il 30 settembre di ogni anno, in aderenza a quanto disposto con legge di stabilità 28 dicembre 2015 n. 208. Il Bilancio di previsione 2026 garantisce la copertura finanziaria di tale fabbisogno, nel rispetto delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa previste da normative e atti di indirizzo regionali finalizzate a contenere, attraverso un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici, il tendenziale incremento della spesa legato a motivazioni ampiamente condivise a livello regionale e nazionale nell'analisi del contesto, tra cui fanno spicco: l'incremento del bisogno di salute; l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita; l'immissione sul mercato di tecnologie innovative e ad alto costo, fra cui sono compresi anche i farmaci.
Nell'ambito delle norme di settore è da declinare, in particolare, il contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici classe ATC J01, come previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia indicatore D14C. Sono altresì obiettivi primari le misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e all' individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, in attuazione del Decreto Dirigenziale regionale della Campania n. 179/2023, per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.

Nell'ambito della spesa per l'utilizzo delle fonti di energia, sono pianificate azioni di efficientamento energetico dalla preposta UOC Attività Tecniche e Patrimoniali ai sensi della Circolare n. 2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, esposte in specifico Piano nell'apposita sezione.

- **Procedure di reclutamento**

L'obiettivo programmatico riferito alle dotazioni organiche nei vari profili dirigenziali e di comparto dell'Azienda è da ricondursi al Piano di fabbisogno del personale del triennio 2024-2026 approvato con

delibera n. 533 dell'11/04/2025. Tale Piano ha come riferimenti parametrici i criteri di determinazione del fabbisogno di cui alla deliberazione GRC n. 190 del 19/04/2023.

IL quadro assunzionale del triennio 2024-2026, compendiato nel sottostante prospetto Tabella A PTFP 2024-2026, evidenzia e conferma appieno quanto più volte rappresentato agli Organi regionali circa il margine di carenza organica ancora residuo che impone un ulteriore sforzo, al pari di quanto fin qui profuso da parte di questa Direzione Strategica, per il completamento delle dotazioni organiche indispensabile per una efficace risposta al bisogno assistenziale espresso e potenziale della popolazione di riferimento.

Tabella A PTFP 2024-2026

	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 SSN *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	*di cui standard penitenziaria*	FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA
RUOLO SANITARIO	**5.594**	**7.362**	**96**	**1.706**	**890**
Dirigenti Medici	1.484	2.659	18	1.141	331
Dirigenti Sanitari non medici	156	230	29	71	65
Personale del comparto area sanitaria	3.954	4.473	49	494	494
di cui infermieri	*3.331*	*3.675*	*43*	*336*	336
di cui ostetriche	*154*	*188*		*21*	21
di cui tecnici sanitari	*417*	*500*		*79*	79
di cui altro personale comparto san.	*52*	*110*	*6*	*58*	58
RUOLO SOCIO-SANITARIO	**803**	**1.095**	**25**	**228**	**198**
Personale del comparto area sociosanitaria	803	1.095	25	228	198
di cui OSS	748	980	15	170	167
di cui Assistenti sociali	55	115	10	58	31
RUOLO TECNICO	**333**	**458**	**-**	**120**	**97**
Dirigenti	19	50		31	8
Personale del comparto area tecnica	314	408		89	89
RUOLO PROFESSIONALE	**25**	**35**	**-**	**9**	*5*

Dirigenti	24	30	-	5	5
Personale del comparto area professionale	1	5	-	4	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	**755**	**882**	**6**	**124**	**123**
Dirigenti	32	40	1	5	4
Personale del comparto area amministrativo	723	842	5	119	119
TOTALE	**7.510**	**9.832**	**127**	**2.187**	**1.313**

Circa le necessità assunzionali correlate al DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77, è in compendio nel sottostante prospetto (Tabella DM77 PTFP 2024-2026 / PNRR) il quadro del personale necessario per la concreta attuazione dei nuovi modelli e standard dell'assistenza territoriale.

Tabella DM77 PTFP 2024-2026 / PNRR							
	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 *	**TOTALE STANDARD DM 77**	**TOTALE STANDARD DM 77 CdC**	**TOTALE STANDARD DM 77 OdC**	**TOTALE STANDARD DM 77 COT**	**TOTALE STANDARD DM 77 USCA**	**FABBISOGNOAZIENDA 2024/2026**
RUOLO SANITARIO	**0**	**552**	**351**	**101**	**78**	**22**	**552**
Dirigenti Medici		29		18		11	29
Dirigenti Sanitari non medici							
Personale del comparto area sanitaria		523	351	83	78	11	523
di cui infermieri		172		*83*	*78*	11	172
di cui infermieri di famiglia		351	351				351
RUOLO SOCIO-SANITARIO	**0**	237	**165**	**72**			237
Personale del comparto area sociosanitaria		237	165	72	-	-	237
di cui OSS		184	130	54			184
di cui Assistenti sociali		53	35	18			53
RUOLO TECNICO	**0**	-	-	-	-	-	-
Dirigenti							
Personale del comparto area tecnica							
RUOLO PROFESSIONALE	**0**	-	-	-	-	-	-

Dirigenti							
Personale del comparto area professionale							
RUOLO AMMINISTRATIVO	**0**	54	**33**	-	**21**	-	54
Dirigenti							
Personale del comparto area amministrativo		54	33	-	21		54
TOTALE	**0**	**843**	**549**	**173**	**99**	**22**	**843**

Al fine di pervenire ad una dotazione organica adeguata alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, con l'esercizio 2026 l'Azienda mira a dare completa esecuzione alle procedure di reclutamento di cui al suesposto piano di fabbisogni, formulato nel rispetto dei principi generali stabiliti con le *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale delle Amministrazioni pubbliche* definite con il Decreto Ministeriale 8/05/2018, in attuazione degli artt.6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001 come novellati dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017, e precisamente:

- la programmazione dell'attività dell'Azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale;
- i predetti piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP) devono essere compatibili con il contenimento del costo del personale in linea con le indicazioni Nazionali e Regionali vigenti;
- i PTFP devono essere definiti a valle e in coerenza con gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e con l'attività programmatoria dell'azienda complessivamente intesa, devono tener conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzati attraverso le nuove tecnologie, garantire una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN, redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale, coerenti con il ciclo della performance oltre che con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.

Circa le indicazioni di cui alla circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto "*Indicazioni applicative del ricorso al trattamento in servizio di cui all'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024 n. 207",* pubblicata sul sito istituzionale Funzione Pubblica il 20/01/2025, l'Azienda provvederà nel corso dell'esercizio a valutare la sussistenza delle esigenze funzionali non diversamente assolvibili in base alle quali è possibile individuare il personale dirigente e non dirigente a cui chiedere la disponibilità per il trattenimento in servizio. In applicazione della successiva Direttiva del 20/01/2025 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione con le *Indicazioni Applicative* per il ricorso al trattenimento in servizio in parola, l'Azienda subordinerà il limite massimo del 10% indicato dalla norma al fabbisogno numerico evidenziato nel Piano Triennale del Fabbisogno 2024-2026.

- **Piano Investimenti e strutture PNRR**

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

Con il piano di investimenti 2026, vengono curati gli allestimenti tecnologici e strutturali degli ambiti a maggiore rilevanza per i bisogni assistenziali dell'utenza e viene recepito il programma triennale dei lavori pubblici per gli interventi straordinari di adeguamento del patrimonio immobiliare e impiantistico.

Gli investimenti programmati per l'esercizio 2026 configurano un impegno economico complessivo sul Bilancio di Previsione pari ad euro **30.604.163,99** (sottostante tab. 1).

***Tab.* 1 Investimenti anno 2026 (finanziamento da bilancio aziendale)**	
a. Manutenzione straordinaria immobili e impianti	2.930.000,00
b. Acquisti attrezzature sanitarie	16.272.576,00
c. Acquisti di strumentario chirurgico	1.672.210,08
d. Attrezzature sanitarie non elettromedicali (ausili mobilità)	1.686.623,99
e. Attrezzature sanitarie (strumentazione idv)	1.424.996,92
f. Mobili e arredi e macchine elettroniche	4.365.757,00
g. Diritti di brevetto - Software	1.852.000,00
h. Nuove Centrali telefoniche e aggiornamento reti locali	400.000,00
Totale investimenti (finanziamento: Bilancio aziendale)	**30.604.163,99**

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

Ulteriori interventi altresì coperti da altre fonti di finanziamento, che quindi non hanno impatto sui costi iscritti al bilancio di previsione 2026 (art. 20 L. 67/88; PNRR; Finanziamenti CIPE, etc.), sono programmati sia

nell'ambito degli adeguamenti strutturali che in quello delle acquisizioni di attrezzature sanitarie e elettromedicali, come di seguito compendiati (sottostante tab. 2):

Tab. 2 **Investimenti anno 2026 da altre fonti di finanziamento**	
i. Nuova infrastruttura centralizzata per la gestione del magazzino farmaceutico regionale zona ASI Pontecagnano PR Fesr 2021/2027	20.000.000,00
l. Realizzazione di laboratorio analisi centralizzato - Fondi Fesr	3.300.000,00
m. Costruzione ed esercizio degli eliporti	5.639.646,00
n. Risorse IaaS e PaaS su Psn – Cloud PA (su PNRR M 1.1 E 1.2)	1.350.000,00
o. Allestimento tecnologico DM 77 (CdC - OdC)	2.137.765,00
p. Acquisizione attrezzature per ammodernamento parco digitale e tecnologico ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie) ottemperanza a misura PNRR (finanziamento: PNRR - M6.C2 - 1.1.2)	6.806.034,38
q. PNES Il Genere al centro della cura - Contrastare la povertà	1.937.697,00
Totale investimenti (finanziamento: altri fondi)	**41.171.142,38**

La rilevante portata degli investimenti previsti attraverso i finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si riconnette ai riferimenti strategici concernenti i nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale definiti dal DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77, norma che ha tratteggiato una innovativa concezione della rete di assistenza territoriale, volta al conseguimento di standard qualitativi di cura adeguati e in linea con i migliori sistemi sanitari europei, dove il SSN sia parte di un più ampio assetto del *welfare* comunitario basato su una visione cosiddetta olistica. A tale indirizzo normativo, infatti, sono conformate le attività avviate a partire dall'anno 2023 e avanzate negli anni 2024 e 2025 che saranno proseguite nel 2026 nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finalizzate alla realizzazione delle strutture indispensabili alla concreta attuazione del richiamato DM 77/2022, che per la ASL Salerno constano di 54 interventi come di seguito distinti:

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

Tra le strutture già realizzate sono da annoverare le 13 Centrali Operative Territoriali (COT), nell'ambito della misura PNRR M6.C2 - 1.1.2 *Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento:M6C2 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali,* strutture al cui interno si svolgeranno le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

E' altresì da annoverare la realizzazione e l'entrata in funzione dell'Ospedale di Comunità di Roccadaspide con n. 20 posti letto, struttura già codificata nella piattaforma NSIS del Ministero della Salute e nella piattaforma SINFONIA della Regione Campania, nella quale viene confluita una tipologia di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che sono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

- **Nuovi modelli organizzativi e valore pubblico**

E' obiettivo strategico della programmazione aziendale 2026-2028 lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, come già illustrati nel presente PIAO alla sezione "Valore Pubblico", che l'Azienda assume a riferimento in risposta agli scenari di evoluzione della domanda assistenziale, di seguito opportunamente richiamati.

La transizione demografica che vede in costante aumento la fascia di popolazione anziana e non autosufficiente e le correlate casistiche della cronicità, trova nel potenziamento dell'assistenza territoriale la risposta maggiormente adeguata a garanzia della sostenibilità di un modello assistenziale alle prese con evidenti problemi di costi crescenti. In attuazione dei modelli e standard assistenziali previsti dal DM 77/2022, l'Azienda produrrà nell'anno 2026 l'ulteriore avanzamento degli interventi per la realizzazione delle strutture territoriali previsti nell'ambito della Missione 6 del PNRR. Ma darà ulteriore slancio anche a nuovi modelli organizzativi già avviati in chiave sperimentale e con ottimi risultati nel corso degli anni 2024 e 2025. In tale ambito si annoverano: a) le Botteghe di Comunità; b) il Telestroke; c) i modelli sostenibili (ESG).

a) Botteghe di Comunità

Il modello di integrazione organizzativo-assistenziale adottato dall'Azienda ASL Salerno nel corso degli anni 2024 e 2025 attraverso le Botteghe della Comunità, verrà proseguito con ulteriore slancio ed ulteriori attività nell'anno 2026, come innovativa modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari a livello locale, con un focus particolare sulla promozione della salute e sul rafforzamento della coesione sociale. Le strutture in questione mirano ad una risposta ai bisogni della popolazione in particolare nelle aree più periferiche o vulnerabili, offrendo servizi di assistenza, supporto, prevenzione e sensibilizzazione.

Al fine di implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia, l'Asl Salerno ha avviato tale sperimentazione nell'area interna del Cilento, che coinvolge 29 Amministrazioni comunali, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) e progettando, con l'ausilio dei 29 comuni che insistono nell'area, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie per un bacino di 28 mila cittadini serviti.
Il framework delle Botteghe della Comunità rafforza quindi il modello aziendale scaturito dal DM 77/2022. L'ASL Salerno conta di realizzare la presa in carico della persona con patologie croniche direttamente a domicilio o nel luogo in cui questa vive, senza bisogno che si debba spostare per ricevere prestazioni di controllo e/o di bassa intensità.

Le Botteghe della Comunità avviate sperimentalmente afferiscono ai Distretti n. 69 e 70 e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccadaspide e alle COT dei due Distretti.

La Bottega si configura come presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere come soggetto di riferimento, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con servizio civile e con cittadini *city competent* per la promozione della salute, l'inclusione sociale e l'ambiente.
Grazie alla tecnologia è poi attuabile il collegamento delle Botteghe alla complessiva rete dei servizi dell'Azienda, attraverso l'utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo anche un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari, demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

b) <u>Telemedicina: Telestroke</u>

In un contesto sanitario sempre più dinamico e complesso, l'assistenza sanitaria necessita di essere ripensata attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi. Le emergenti tecnologie e il potenziamento della rete dei servizi consentono a intere comunità un più facile accesso ai trattamenti terapeutici e di prevenzione. In particolare la telemedicina consente ai pazienti di ricevere assistenza medica ottimizzando i tempi e riducendo talvolta la necessità della presenza del *caregiver*. L'utilizzo di strumentazione innovativa consente di collazionare informazioni sul paziente creando un vero e proprio *dataset* sul suo quadro di salute, con possibilità di monitoraggio da remoto che risulta particolarmente appropriato soprattutto per i pazienti cronici, di cui viene più facilmente monitorata e incoraggiata l'aderenza terapeutica.

L'introduzione di indicatori di performance riguardanti la telemedicina rappresenta una strategia aziendale di ottimizzazione dell'assistenza, che ha impatto sia sulla riduzione dei tempi di risposta al bisogno assistenziale che sui costi di erogazione dei servizi sanitari.

Nell'ambito delle patologie cardiovascolari, l'Azienda implementa il modello sperimentale cd. *Telestroke* messo in campo nel 2024, con ottimi risultati in termini di volumi trattati già nel biennio 2024-2025.

In particolare, il modello prevede articolazioni periferiche denominate "Spoke" a cui viene fornita consulenza neurologica da remoto attraverso un collegamento con neurologi allocati nelle strutture ospedaliere a maggiore complessità, cosiddetti "Hub", adeguatamente attrezzate. Il paziente con sospetto di ictus ischemico giunto al pronto soccorso, riceve il trattamento terapeutico in teleconsulto affinché sia rispettata la ristretta finestra temporale per la buona riuscita del trattamento dopo l'insorgenza dei sintomi.

Si tratta, nello specifico, di un sistema di video-consulto specialistico multidisciplinare in ambito di emergenza-urgenza, supportato da un dispositivo di presenza remota. Tali strumenti consentono la presa in

carico del paziente, con il pieno e continuativo controllo dei parametri vitali, e la gestione dei protocolli che attestano il grado di rischio in funzione della predittività degli eventi.

Nel contesto internazionale, la patologia ischemica cerebrale acuta (ictus) rappresenta una significativa problematica di salute, ponendosi anche in Italia come prima causa di disabilità nell'adulto e come terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche.

Sebbene le linee guida prevedano una finestra temporale di circa 6 ore dall'insorgenza dei sintomi per il trattamento endovascolare e di 4,5 ore per la somministrazione endovenosa della terapia trombolitica, è comunque auspicabile intraprendere il trattamento dei pazienti colpiti da ictus ischemico il più precocemente possibile. In pazienti adeguatamente trattati si riducono infatti i tempi di degenza e riabilitazione, migliorano gli *outcome* di salute, si prevengono o si limitano i costi associati ai danni permanenti subiti.

Una Rete Stroke (aziendale, provinciale, regionale) realmente funzionante ed efficiente rappresenta il più avanzato ed efficace modello per il trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti, il solo in grado di garantire una significativa riduzione della mortalità e disabilità legate alla malattia, nonchè una strategia di equità geografica e temporale nel trattamento di una acuzie tipicamente tempo-dipendente.

L'idea progettuale avviata dalla ASL Salerno nel 2024 è figlia dell'intuizione che l'utilizzo della tecnologia e del digitale possa migliorare tutti i processi sanitari, soprattutto quelli rivolti alle patologie tempo-dipendenti da configurare in rete, specie in territori come quello della provincia di Salerno caratterizzati da aree interne svantaggiate in termini di viabilità, in cui i punti di erogazione sanitaria sono oltremodo distanti tra loro. Aree dove l'oggettiva difficoltà oro-geografica si somma alla strutturale carenza di personale sanitario vieppiù aggravata dalla minore attrattività rispetto alle aree urbane.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico per la Gestione dell'Ictus ischemico in Telestroke, formalizzato con delibera ASL Salerno, definisce il protocollo di gestione del paziente in *telestroke*, supportato dalle evidenze scientifiche ad oggi disponibili. La metodica intrapresa, da consolidarsi nel corso dell'anno 2026, esprime le potenzialità di un approccio ragionato alle nuove tecnologie digitali, per il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e la qualità dell'assistenza, a garanzia di cure più moderne in termini di tempestività e personalizzazione.

c) <u>Sostenibilità e valore pubblico (ESG)</u>

Le organizzazioni vivono nel presente profondi cambiamenti in termini di responsabilità sociale, che va al di là del semplice impatto sugli aspetti economico-finanziari. Le strutture sanitarie, in particolare, sono coinvolte nella responsabilità della creazione di valore pubblico, che comporta una necessaria attitudine alla valutazione della performance attraverso specifici indicatori nella sfera sociale, ambientale e di *governance*. La strategia aziendale in tali ambiti coinvolge più aspetti, interessando:

i) etica; ii) morale; iii) trasparenza; iv) efficienza.

Il settore sanitario risulta essere tra quelli maggiormente responsabili dell'inquinamento ambientale, in quanto utilizzatore di sostanze chimiche e produttore di rifiuti patologici (farmaceutici, chimici e radioattivi)

che registrano un impatto del 4-5% sulle emissioni nette globali, di cui il 10% di emissioni di mercurio per un terzo riversate nelle acque reflue. In particolare, le emissioni di anidride carbonica nelle strutture sanitarie sono dovute a: i) climatizzazione e illuminazione; ii) trasporti; gestione rifiuti; alimentazione; dispositivi medici.

Obiettivi a cui tendere sono, pertanto: a) l'efficientamento energetico; b) la gestione adeguata dei rifiuti; c) la riduzione dei volumi farmaceutici scaduti.

Al fine di adottare modelli organizzativi sostenibili risulta necessario promuovere non solo azioni multidisciplinari, focalizzate sulle differenti attività professionali, ma anche interdisciplinari ovvero che discendano dal confronto di esperti sanitari di differenti settori, attraverso una visione sistemica. L'Azienda si prefigge la generazione di valore a diversi livelli: a) valore settoriale, migliorando le performance delle singole unità operative e le relazioni intra-organizzative; b) valore pubblico inter-organizzativo in senso stretto, tra unità operative afferenti alla stessa o a diverse Macrostrutture aziendali; c) valore pubblico in senso ampio, tra una o più unità operative dell'Azienda Sanitaria Locale e altre aziende o enti del territorio. Il cambiamento culturale intrapreso coinvolge le risorse umane a tutti i livelli, e la stessa formazione del personale rappresenta un indispensabile *driver* per affermare il ruolo dell'organizzazione sanitaria nell'impatto sociale relativo alla salvaguardia e al benessere di intere comunità. Adottare un modello organizzativo sostenibile significa darsi una prospettiva più ampia e strutturale e far fronte non solo all'efficienza economica ma anche alla tutela ambientale, sociale e di *governance*.

L'adozione di un modello organizzativo sostenibile, volto a ridurre gli sprechi e ottimizzare i processi, è percepita dagli *stakeholder* quale personalizzazione dei servizi offerti a fronte del bisogno assistenziale. L'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, i big data sanitari e l'intelligenza artificiale rappresentano validi strumenti per supportare ambiti cruciali di impatto sull'ambiente, quali ad esempio la gestione dei rifiuti, il controllo dei consumi energetici, la riduzione delle emissioni.

Anche la promozione dell'equità sanitaria, attraverso una garanzia di accesso facilitato ai servizi sanitari rientra nella sostenibilità sociale.

L'Organizzazione delle Nazioni Unite definisce gli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDG*) quali "…obiettivi interconnessi per lo sviluppo di un futuro più sostenibile". Tra questi, il diritto alla salute e l'uguaglianza sociale e di genere.

Per l'introduzione di un modello organizzativo sostenibile, l'Azienda ha inserito tra gli indicatori di performance organizzativa per l'anno 2026 quelli inerenti la telemedicina, nel cui ambito si è posta il duplice obiettivo di convertire in televisita una quota significativa delle prestazioni erogate in presenza (disposizione prot. ASLSA-0144185-2025 - Nota Regione Campania PG 20390/2025) e di consolidare/incrementare la modalità di intervento *telestroke*.

Ha promosso, inoltre, l'utilizzo della piattaforma RENTRI per la tracciabilità dei rifiuti.

Telemedicina	Conversione di prestazioni specialistiche in presenza in televisita
Telestroke	Incremento degli interventi con teleconsulto HUB-SPOKE
Piattaforma RENTRI	Gestione mirata dei rifiuti per la tracciabilità digitale

Nell'anno 2026, inoltre, l'Azienda mira ad implementare ulteriori indicatori riguardanti l'impatto delle proprie attività sull'ambiente nonché in ambito sociale (compresa la parità di genere) e di *governance* (comunicazione, trasparenza, performance finanziaria, etc.). Il *goal* è raggiungere una più diffusa consapevolezza del modello sostenibile, a tutti i livelli di ruoli e posizioni delle risorse umane dipendenti, inducendo un cambio culturale di consapevolezza verso la tutela della salute congiunta alla salvaguardia dell'ambiente e agli impatti positivi sul sociale e sulla *governance*.

Per rafforzare l'orientamento organizzativo verso una politica di sostenibilità, l'Azienda ha intrapreso nel 2025 una partnership con una startup dell'*Università Sapienza di Roma*, per una soluzione personalizzata nell'area strategica della sostenibilità.

Tale progetto è finalizzato ad integrare le politiche di sostenibilità all'interno del sistema sanitario locale. L'iniziativa, articolata in più fasi, punta a trasformare l'ASL in un modello di riferimento per l'applicazione concreta dei criteri ESG (*Environmental, Social, Governance*) nel settore pubblico sanitario.

La prima fase del progetto ha visto il coinvolgimento di personale amministrativo e sanitario attivo su tutti i presidi e distretti dell'ASL, in un percorso formativo approfondito che partendo dai fondamenti della sostenibilità ha esplorato l'evoluzione del concetto in ambito sanitario, fino ad arrivare al modello integrato di *One Health* ed alla progettazione di KPI ESG specifici applicabili alla realtà dell'ASL Salerno.

La seconda fase ha riguardato l'analisi delle politiche e delle pratiche esistenti all'interno dell'Azienda Sanitaria, con l'obiettivo di valutarne il posizionamento strategico non solo in ottica ESG ma anche in termini di capacità di generare valore sostenibile nel lungo periodo.

La terza fase del progetto, che rappresenta il cuore operativo dell'iniziativa, è tuttora in evoluzione attraverso la somministrazione di una *survey* ESG ai Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari, attraverso cui mappare in modo puntuale le pratiche, i comportamenti e le sensibilità già presenti nei diversi contesti locali, con l'obiettivo di pervenire ad una fotografia realistica e misurabile del posizionamento dell'ASL Salerno in tema ESG, da cui partire per sviluppare concrete ed efficaci strategie di sostenibilità.

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

La Sezione regionale di controllo per la Campania nella camera di consiglio del 17 novembre 2022, esaminata la pregressa gestione aziendale ha formulato rilievi attinenti ad alcune procedure amministrativo-contabili, invitando l'Azienda al rafforzamento dei controlli interni.

Ed ancora, per effetto della Delibera di Giunta Regionale n. 523 del 5.08.2025 relativa a "Approvazione del *Bilancio Consuntivo Anno 2024 dell'ASL Salerno ai sensi dell'art. 32 comma 7 D.Lgs. 118/2011*", questa Azienda è tenuta a rendicontare agli organi regionali garantendo il prosieguo delle misure correttive già adottate finalizzate al superamento delle criticità riportate nel verbale del Collegio Sindacale n. 16/2025 relative alle osservazioni della Delibera 109/2022 della Corte di Conti

In tale ambito, in un'ottica programmatica di miglioramento l'Azienda proseguirà nell'anno 2026 le azioni avviate già sul finire dell'anno 2022 per effetto del subentro della nuova Direzione e proseguite nel triennio 2023-2025, necessarie a fronteggiare le criticità segnalate dalla Corte nei seguenti settori:

A. rispetto del principio di competenza dei costi dell'esercizio;
B. rafforzamento della circolarizzazione dei rapporti di credito e debito (sia verso soggetti privati che pubblici), al fine di pervenire ad una adeguata attendibilità dei dati iscritti al bilancio;
C. monitorare i costi e ricavi della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramoenia;
D. limitare il ricorso all'istituto della proroga contrattuale;
E. contenimento degli oneri accessori per il personale compatibilmente con i nuovi reclutamenti;
F. completare la ricognizione e gestione del patrimonio immobiliare.

Nelle suesposte attività, le competenti Funzioni Amministrative centrali provvedono a relazionare periodicamente alla Direzione Strategica e al Collegio Sindacale, al fine di evidenziare il buon esito delle azioni poste in essere per il superamento delle segnalate criticità.

- **Garanzia dei LEA e attività progettuali per obiettivi di rilievo nazionale**

E' obiettivo cardine del triennio 2026-2028 garantire al massimo livello possibile il diritto dei cittadini alla salute. Per tale finalità, sono prioritariamente focalizzati gli obiettivi assistenziali assegnati nell'ambito dei LEA con la Delibera G.R.C. n. 432 del 26/06/2025, monitorati attraverso il sottoinsieme dei 22 indicatori cosiddetti *CORE* del Nuovo Sistema di Garanzia, i cui indicatori e *target* sono illustrati per ciascuna annualità 2026-2028 all'interno dei rispettivi ambiti dipartimentale-distrettuale-ospedaliero.

<u>Attività progettuali</u>

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali anche tutte le attività progettuali programmate attraverso l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, relative alle linee prioritarie del Piano Sanitario Nazionale individuate dall'accordo del 4 agosto 2021 Rep. Atti 150/CSR - FSN 2021, come approvate con Deliberazione G.R.C. n. 75 del 24/02/2025 nelle seguenti aree tematiche:

- ✓ Linea Progettuale 1 - *PDTA Pazienti cronici: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità anche in relazione all'emergenza Covid-19;*
- ✓ Linea Progettuale 2 - *Equità in ambito sanitario: Promozione dell'equità in ambito sanitario;*

- ✓ Linea Progettuale 3 - *Cure palliative e terapia del dolore: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;*
- ✓ Linea Progettuale 4 - *Piano della Prevenzione: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al piano nazionale prevenzione;*
- ✓ Linea Progettuale 5 - *Tecnologia sanitaria: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.*

In tale ambito, è obiettivo aziendale dell'esercizio 2026 riformulare il relativo *Regolamento per lo svolgimento di attività progettuali finanziate da terzi,* al fine di focalizzare al meglio le procedure di valutazione delle attività progettuali in relazione agli obiettivi di produttività e ai risultati conseguiti, rendicontati attraverso indicatori specifici preordinati con apposita scheda di performance come di seguito illustrata, in uno alle rispettive relazioni intermedie e finali da parte dei Responsabili di progetto.

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO

SCHEDA PERFORMANCE PROGETTO

Denominazione progetto	
Decreto di riferimento	
Responsabile 1	
Responsabile 2	
Codice interno di prog.	
Codice WBS	
Budget di progetto	
Data inizio progetto	
Data fine progetto	

OBIETTIVI GENERALI *	
OBIETTIVI SPECIFICI *	
RISULTATI ATTESI *	
AZIONI	
BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI	
INDICATORI DI VERIFICA*	
RISULTATI CONSEGUITI (Rif.to Indicatori di verifica)	

(* di cui al decreto di riferimento) **data**

FIRMA DEL RESPONSABILE
_____

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

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

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

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

Tale Unità Operativa Complessa istituita con l'Atto Aziendale dell'ASL Salerno, è competente per l'adozione delle azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie.

L'Azienda organizza corsi di formazione professionale rivolti ai referenti del rischio clinico individuati nei Presidi ospedalieri, nei Distretti Sanitari e nel Dipartimento Salute Mentale, sulle più avanzate tecniche e metodiche proattive e reattive del rischio (*audit* clinici organizzativi, valutazione preventiva dei rischi-FMEA, analisi delle cause profonde degli errori-RCA), gestite integralmente con l'ausilio del sistema informatico dedicato alla gestione del rischio clinico.

Tutti gli operatori sanitari della ASL di Salerno possono accedere al sistema informatico aziendale che fornisce gli strumenti per migliorare la sicurezza dei pazienti e la sicurezza delle cure.

Per le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono costituiti i Comitati Infezioni Ospedaliere a livello di singolo presidio ospedaliero (CIO Presidiali), coordinati dal CIO Aziendale, e sono individuati gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura e implementazione delle procedure Aziendali per le attività di sorveglianza delle ICA.

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

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

La competente *UOC Risk Management - Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico* accoglie, elabora ed analizza i dati relativi alle segnalazioni di *near miss*, eventi avversi, eventi sentinella, violenza su operatore.

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

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

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

Partecipa al monitoraggio AgeNaS relativo all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e al Manuale per la sicurezza in sala operatoria.

Predispone audit e azioni di miglioramento a seguito di segnalazioni di eventi avversi ed eventi sentinella curando, per questi ultimi, la trasmissione alla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale e al Ministero della Salute.

Attività da realizzare a partire dal 2026 nell'ambito della sicurezza delle cure:

- elaborazione del Piano Annuale del Risk Management, previsto dal Decreto Dirigenziale della Regione Campania n.99 del 16/12/2022, che descrive anche le attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA).

- formazione e addestramento di tutti gli operatori sanitari all'utilizzo del software per le segnalazioni degli eventi avversi e la gestione documentale;

- attività di gestione del rischio clinico ed implementazione delle relative azioni di miglioramento, a seguito delle criticità emerse a seguito degli eventi avversi segnalati dalle Unità Operativi Ospedaliere e Territoriali;

- individuazione, formazione e addestramento di una rete di facilitatori allo scopo di diffondere la cultura della sicurezza delle cure;

- sviluppo di un piano aziendale di gestione del percorso del paziente chirurgico programmato.

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

Nell'ambito del Piano Aziendale di Gestione delle Liste d'Attesa l'Azienda pone i seguenti obiettivi in coerenza con le relative linee di intervento del programma attuativo:

1. Rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio;

2. possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
3. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
4. realizzazione della "*presa in carico*" del paziente cronico secondo protocolli di follow-up che completano la responsabilità della struttura che ha "*in carico il paziente*", anche di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
5. vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

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

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

1. Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza, con l'aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2026-2028;
2. Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

2.2.4.5 Gli obiettivi operativi

L'albero della performance:
OBIETTIVI OPERATIVI

L'Azienda focalizza gli obiettivi operativi della *performance* 2026 in conformità alla programmazione sanitaria regionale definita attraverso i Decreti commissariali e i provvedimenti della Giunta Regionale della Campania nonché agli obiettivi generali e specifici assegnati con Delibera G.R.C. n. 432 del 26.06.2025, nei seguenti punti:

a. Perseguire l'equilibrio economico-finanziario, in continuità con i positivi risultati conseguiti nei pregressi esercizi;
b. garantire il diritto alla salute in base ai *target* ed obiettivi LEA assegnati;
c. portare a compimento le procedure di reclutamento del personale in base alle vigenti norme e alle autorizzazioni ricevute dagli Organi regionali;

d. predisporre azioni di edilizia sanitaria e ammodernamento delle attrezzature biomedicali, come previsti con il Piano investimenti 2026-2028 approvato con delibera n. 1865 del 22/12/2025 *Bilancio di Previsione 2026 - Adozione*;
e. ottimizzare i flussi informativi in tutti gli ambiti di attività dell'Azienda ed in particolare di quelli correlati al monitoraggio dei LEA, in particolare degli indicatori *core* di cui al Nuovo Sistema di Garanzia;
f. migliorare l'appropriatezza delle prestazioni nelle sue varie declinazioni, dai ricoveri ai tagli cesarei, all'attività prescrittiva di farmaci e prestazioni ambulatoriali;
g. garantire l'attuazione e il monitoraggio del programma triennale della trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione e migliorare la comunicazione e la partecipazione degli utenti;
h. strutturare il rapporto con i fornitori accreditati e le attività periodiche di monitoraggio e controllo;
i. garantire i tempi di pagamento normati;
j. riqualificare la rete di emergenza-urgenza;
k. garantire la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico;
l. garantire il rispetto delle liste d'attesa nonché la massima trasparenza e diffusione delle relative informazioni.

Sono altresì rivolte al conseguimento degli obiettivi assistenziali assegnati anche tutte le attività operative progettuali programmate attraverso l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, relative alle linee prioritarie del Piano Sanitario Nazionale individuate dall'accordo del 4 agosto 2021 Rep. Atti 150/CSR - FSN 2021, come approvate con Deliberazione G.R.C. n. 75 del 24/02/2025, già sopra richiamate nell'ambito degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi sono declinati per ciascuna area assistenziale con i sottostanti prospetti:

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

Gli obiettivi illustrati nei sottostanti prospetti quale summa della performance attesa per ciascuna area assistenziale, rappresentano la *vision* aziendale in cui tutte le strutture sono coinvolte nonché l'impegno che l'Azienda assume nel triennio 2026-2028 nei confronti del territorio di competenza e degli stakeholder.

Nell'ambito delle suesposte aree assistenziali, gli obiettivi operativi assegnati quale *mission* specifica per l'anno 2026 a ciascuna articolazione operativa aziendale dotata di autonomia gestionale, ossia alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), sono definiti in continuità con quelli assegnati per l'anno 2025, e riportati nelle schede in appendice al presente PIAO (*Appendice Obiettivi operativi 2026 UOC/UOSD),* che con il presente atto si approvano quale premessa al processo annuale di valutazione organizzativa e individuale della performance.
Al fine di garantire un efficientamento di tali attività di valutazione della performance, gli aggiornamenti eventuali delle *Schede Obiettivi 2026* necessari a seguito dei mutamenti anagrafici e di organigramma conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione GRC n. 461 del 12/09/2024, nonché per effetto di avvicendamenti degli incarichi di responsabilità e/o necessità di integrare specifici obiettivi di performance, saranno effettuati direttamente sulla piattaforma informatica (denominata *G-ZOOM Performance*) finalizzata alla gestione digitalizzata del ciclo della performance, acquisita con delibera aziendale n. 93 del 24/01/2024.

❖ AREA P - PREVENZIONE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1. P_S Nuovo Sistema di garanzia P01C	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento del valore del 95% per tutte le vaccinazioni		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
2. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P02C	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite rosolia (MPR)	Incremento della copertura vaccinale sino all'ottenimento almeno del valore del 92%		Copertura vaccinale coorti 2016-2017	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
3. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Ca	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15a - cervice uterina	La popolazione bersaglio del programma è: a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni.	P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore sogia 35. .	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
4. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Cb	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15b -mammella;	La popolazione bersaglio del programma è: b) per mammela popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni.	P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore sogia 25.	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% <22% = 0%	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% <22% = 0%	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% <22% = 0%

5. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P15Cc	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15c -colon retto	La popolazione bersaglio del programma è: c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.	P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screeningper carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100.Valore sogia 35%.Valore sogia 25.	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%	≥ 25 % = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
6. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P10Z	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Fonte dati piattaforma VETINFO SOGLIE INACCETTABILITA' • aziende bovine controllate per anagrafe: 90% • aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% • capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90% • aziende suine controllate per anagrafe: 90% • aziende equine controllate per anagrafe: 60% • allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% • esecuzione del PNAA: 90% • controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1) + (% esecuzione del PNAA7 x 0,3) + (% controlli farmacovigilanza veterinaria8 x 0,3	Valore soglia 70	Valore soglia 70	Valore soglia 70

7. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P12Z	Controlli sui contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	Fonte: • 1 NSIS - PNR • 2 Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti – Pesticidi, "download file dati EFSA". Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2. • 3 NSIS – alimenti: flusso vigilanza SOGLIE INACCETTABILITA' • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2)	Valore ≥ 80% = 100; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
8. P_S DGRC 322/2022	Prevenzione nei luoghi di lavoro	Controlli sulle Unità locali		N° Unità locali controllate/N° unità locali totali da controllare *100	Valore ≥ 5% = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0	Valore ≥ 5% = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0	Valore ≥ 5% = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0

9. P_S Nuovo Sistema di Garanzia P14C	Indicatore composito sugli stii di vita	Riduzione della proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari	Fonte: Indagini campionarie • Istat - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" • Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)	Rapporto tra: Numeratore: N. soggetti con punteggio ≥ 2. inteso come somma dei punteggi relativi a : A - INDICATORE_FUMO 0 = non fuma attualmente 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette) B - INDICATORE_ECCESSO_PONDERALE 0 = Normopeso + sottop. (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²) C - INDICATORE_ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale, binge drinking, fuori pasto) D - INDICATORE_SEDENTARIETA 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero +att. lavor. domes. pesante) 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero+nessuna att.lavor.o domestica pesante) Denominatore: Popolazione stimata 18-69 residente nella Regione.	valore decrescente	valore decrescente	valore decrescente

10. P_S Delibera ASL n. 297/2021	Aggiornamento dei Manuali Operativi Aziendali per la gestione delle emergenze: a) epidemiche; b) non epidemiche; c) sicurezza alimentare, approvati con delibera ASL n. 297/2021.	Aggiornamento e applicazione dei Manuali da parte delle UOSD territoriali Veterinarie e di Prevenzione Collettiva	Sinergia fra i piani di emergenza comunali e i manuali operativi aziendali	Aggiornamento con atto deliberativo dei Manuali Operativi Aziendali per le emergenze, in integrazione con i piani di emergenza comunali e nel rispetto delle linee guida regionali e nazionali.	SI	SI	SI
11. P_S	Controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali	Verifica e controllo requisiti autorizzazioni delle Strutture Sanitarie		N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.	Valore soglia ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.
12. P_S	Procedure di autorizzazione sanitaria	Verfica delle richieste sul rilascio di nuove autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/2001 per attività sanitarie e socio-sanitarie		N° richieste riscontrate/N° richieste totali	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.	Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60; < 50% = 0.
13. P_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA D - DISTRETTUALE-S (Obiettivi sanitari)

N./Rif.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P01C e P02C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib); P02C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). Valore soglia 92		P01C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 P02C: N° di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con con la 1° dose / N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita * 100 Valore soglia 92	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%	P01C ≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%" P02C ≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
2.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P06C	Attività di prevenzione rivolta alle persone: vaccinazioni.	P06C: Prevenzione influenza rivolta alle persone Anziani ≥ 65 anni Valore soglia 60%		P06C: N° di soggetti ≥ 65 anni di età vaccinati per antinfluenzale / N° di soggetti di età ≥ 65 anni residenti * 100 Valore soglia 60%	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0	Copertura ≥ 60% = 100% tra 55% e 60% = 80% tra 50% e 55% = 60% < 50 = 0

3.D_S Nuovo Sistema di Garanzia P15C	Attività di prevenzione: proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: P15Ca - cervice uterina; P15Cb -mammella; P15Cc -colon retto	Le popolazioni bersaglio dei tre programmi sono: - a) per cervice uterina popolazione femminile di età 25-64 ogni tre anni; - b) per mammela popolazione femminile di età 50-69 ogni due anni; - c) per colon retto popolazione maschile e femminile di età 50-69 anni ogni 2 anni.	P15Ca: Persone in età target che eseguono il test di screening per il cervicocarcinoma / [residenti eleggibili (25-64) / 3] *100. Valore soglia 25. P15Cb: Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma della mammella / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100. Valore soglia 35. P15Cc: Persone in età target che eseguono il test di screeningper carcinoma del colon retto / [residenti eleggibili (50-69) /2] *100.Valore soglia 25.	cervice uterina ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% mammella ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% colon retto ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	cervice uterina ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% mammella ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% colon retto ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%	cervice uterina ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0% mammella ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0% colon retto ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
4.D_S Nuovo Sistema Garanzia D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensià di cura CIA1-CIA2- CIA3	Rispetto dei valori soglia: Valore soglia CIA 1 2,6 Valore soglia CIA 2 1,9 Valore soglia CIA 3 1,5	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	1. Totale pazienti CIA1/popolazione residente*1000 2. Totale pazienti CIA2/popolazione residente*1000 3. Totale pazienti CIA3/popolazione residente*1000	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%	Valore CIA 1 ≥ 2,6 = 100% Valore CIA 2 ≥ 1,9 = 100% Valore CIA 3 ≥ 1,5 = 100%

5. D_S Nuovo Sistema di Garanzia_Indicatore D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per complicanze a breve e a lungo termine per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco, rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	Valore <= 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%	Valore <= 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%	Valore <= 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% superiore a 320 = 0%
6. D_S Nuovo Sistema di Garanzia_Indicatore D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Andamento decrescente	Sistema informativo SDO.	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
7. D_S Nuovo Sistema di Garanzia_Indicatore D01C	Assistenza territoriale cardiologica (Rete IMA)	Riduzione degli eventi maggiori e dei decessi entro 12 mesi da episodi IMA	Numeratore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE). Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice	Rapporto tra numero di episodi di IMA con evento entro 12 mesi e numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice	valore decrescente valore soglia >20,58= 100%	valore decrescente valore soglia >20,58= 100%	valore decrescente valore soglia >20,58= 100%
8. D_S Nuovo Sistema di Garanzia_Indicatore D02C	Assistenza territoriale neurologica (Rete ICTUS)	Riduzione degli eventi maggiori e dei decessi entro 12 mesi da episodi ictus	Numeratore: Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice	Rapporto tra numero di episodi di ictus ischemico con evento entro 12 mesi e numero di episodi di ictus ischemico in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice	valore decrescente valore soglia >20,34	valore decrescente valore soglia >20,34	valore decrescente valore soglia >20,34

9.D_S DCA 23/2020; Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	Percentuali di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B (breve ≤ 10gg) in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90.	Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica	N. prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B / N. totale di prestazioni della classe B (breve);	> =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0%	> =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0%	> =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0%
10.D_S Nuovo Sistema di Garanzia LEA D14C	Contenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti antibiotici Classe ATC J01	Contenimento del consumo di antibiotici entro la soglia DDD definita	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)	DDD 6.500	DDD 6.500	DDD 6.500
11. D_S Decreto Dirigenziale n. 179 del 7.04.2023	Misure relative all'assistenza farmaceutica convenzionata e individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'appropriatezza prescrittiva	Contenimento entro la media nazionale consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.	Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 179/2023	Consumo medio procapite e spesa media procapite per ciascuna categoria di farmaci. Relazione sull'obiettivo specifico	<= media nazionale	<= media nazionale	<= media nazionale
12.D_S Obiettivo tematico Controllo C.O.M.	Verifiche volumi prestazionali rispetto a Capacità Operative Massime (C.O.M.)	Verifica semestrale	Verifiche volumi rispetto a C.O.M. e permanenza dei requisiti COM	Verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale	Presenza verbali di verifica semestrale

13.D_S Obiettivo tematico Controllo Accreditamento	Controlli Requisiti accreditamento CC.AA. Ivi comprese RSA	Verifica semestrale	Monitoraggio e verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento CC.AA. ivi comprese RSA se presente su territorio di competenza	Verbali di verifica controllo semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale	Presenza verbali di monitoraggio e verifica semestrale
14.D_S Obiettivo tematico Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri	Verifica mensile	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri d'intesa con la UOSD Monitoraggio e Controllo SDO	Verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile	Presenza verbali di verifica controllo mensile
15.D_S Obiettivo tematico	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE tramite piattaforma regionale SINFONIA " Sistema Teleconsulto"	Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%	Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%	Valore >= 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% Inferiore al 50% = 0%
16.D_S Obiettivo specifico	Governo del sistema dei flussi informativi	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi nformativi NSIS necessari per la verifica dei LEA		Flussi di competenza e relativa tempistica	SI=100% NO=0	SI=100% NO=0	SI=100% NO=0
17.D_S	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Apertura Ambulatorio Infermieristico ≥ 1 giorno a settimana	Gestione delle Cronicità - Progetto Aziendale attivazione Ambulatori Infiermiristici territoriali Obiettivo a supporto della riduzione del 10% dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	gg. settimanali apertura ambulatorio	gg. ≥ 1 giorno = 100%	gg. ≥ 1 giorno = 100%	gg. ≥ 1 giorno = 100%
18.D_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

19. D_S	Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	Efficacia della tracciabilità dei rifiuti, evidenziando miglioramenti nella trasparenza e nella gestione	Adozione Metodologia ESG	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
20. D_S	Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025	Efficientamento delle visite di controllo	Utilizzo Telemedicina per visite di controllo	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	Valore ≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%=0	Valore ≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%=0	Valore ≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%=0

❖ AREA O - OSPEDALIERA-S (Obiettivi sanitari)

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Incicatore H03C	Rete ROC - Chirurgia della mammella	Riduzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg. da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Flusso da sistema informativo SDO	Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.	Valore decrescente	Valore decrescente	Valore decrescente

2.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Incicatore H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Valore soglia 0,24 decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza / (fratto) Numero di DRG non a richio di inappropriatezza	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
3.O_S Nuovo Sistema di Garanzia Indicatore H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (Strutture pubbliche e private accreditate)	Minimo 70% Valore crescente	Flusso da sistema informativo SDO	N°ricoveri colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni/Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica Valore Soglia 70%	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4. O_S Griglia LEA H06Z	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico	Andamento decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico. Andamento decrescente.	< 2025	< 2026	< 2027
5. O _S	Riduzione degli accessi di tipo medico	Andamento decrescente	Flusso da sistema informativo SDO	Numero di accessi per ricoveri diurni di tipo medico. Andamento decrescente	< 2025	< 2026	< 2027

6. O_S Griglia LEA H08ZA	Produzione Emocomponenti	Conseguimento dell'autosufficienza per la produzione di emocomponenti (globuli rossi, GR)	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)	Numeratore: N° unità GR prodotte Denominatore: N° Unità GR programmate	>= 97% = 100% >= 70% e < 97% = 80% >=50% e <70% = 60% < 50% = 0%	>= 97% = 100% >= 70% e < 97% = 80% >=50% e <70% = 60% < 50% = 0%	>= 97% = 100% >= 70% e < 97% = 80% >=50% e <70% = 60% < 50% = 0%
6. O_S Griglia LEA H08ZB	Produzione emoderivati	Conseguimento dell'autosufficienza per la produzione di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, e albumina)	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	>= 95% = 100% >= 70% e< 95% = 80% >= 50% e< 70% = 60% < 50% = 0%	>= 95% = 100% >= 70% e< 95% = 80% >= 50% e< 70% = 60% < 50% = 0%	>= 95% = 100% >= 70% e< 95% = 80% >= 50% e< 70% = 60% < 50% = 0%
7.O_S NSG H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore ≥ 60%	Flusso da sistema informativo SDO	N. dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg/numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore*100. Andamento crescente	≥ 60% = 100%; ≥ 55 e <60 = 80%; ≥ 50 e <55 = 60%; < 50 = 0	≥ 60% = 100%; ≥ 55 e <60 = 80%; ≥ 50 e <55 = 60%; < 50 = 0	≥ 60% = 100%; ≥ 55 e <60 = 80%; ≥ 50 e <55 = 60%; < 50 = 0

8. O_S Nuovo Sistema di Garanzia LEA H17C -H18 C	A) Percentuale parti cesarei primari in maternità di I e II comunque con <1.000 parti; B) Allineamento Flusso SDO-CEDAP.	Garantire almeno un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00% con rispetto della tempistisca SDO-CEDAP almeno nel 95%. Andamento decrescente.	Flusso da sistema informativo SDO	N. dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100). Andamento decrescente.	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
9. O_S Nuovo Sistema di Garanzia H23C	Riduzione della Mortalità da ictus (Rete ICTUS)	Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Flusso da Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe Tributaria	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico. Fattore di scala: = =	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%
10. O_S	Screening neonatali	Incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016; DCA n. 134/2016. Progetto sul macroprogramma C del Piano Regionale della Prevenzione: "il primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2024 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
11. O_S	Percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	Valore < 25 % Andamento decrescente	Solo UU.OO. Chirurgiche	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici / N. di dimessi da reparti chirurgici	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0

12. O_SDGRC 322/2022Obiettivo specifico	Continuità e completezza dei Flussi informativi	Rispetto dei tempi di trasmissione dei flussi informativi	Adozione delle misure più idonee per il conseguimento della continuità, completezza e qualità dei flussi informativi consolidati: Distribuzione diretta e oncologici ad alto costo (file F), flusso EMUR, SIMES, Tessera Sanitaria, SDO, Specialistica ambulatoriale (file C), Consumi ospedalieri (CO), Registro Tumori, etc.	SI/NO	100%	100%	100%
13.O_S	Misure relative al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera	Monitoraggio e incentivazione dell'uso dei farmaci biosimilari e/o a brevetto scaduto per il contenimento entro la media nazionale del consumo di: a) inibitori di pompa protonica; b) omega-3- trigliceridi; c) vitamina D ed analoghi; d) enoxaparina; e) farmaci per disturbi ostruttivi vie respiratorie; f) inibitori della HMGCoAreduttasi; g) farmaci a base di insulina lispro e teriparatite.		Volume di spesa per categoria / N. ricoveri	Valore decrescente	Valore decrescente	Valore decrescente
14.O_S DCA 23/2020; DGRC 322/2022 Obiettivo specifico	Governo delle liste di attesa	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.	Valore ≥ 90% = 100%; tra 75% e 90% = 80%; tra 60% e 75% = 60%; ≤ 60% = 0.

15. O_S Normativa Nazionale	Recupero Crediti Esteri in Mobilità Sanitaria Internazionale	Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.		n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
16.O_S	Contenimento della degenza media pre-operatoria	Contenimento della degenza media pre-operatoria entro la soglia di 1,4 giorni	Solo UU.OO. Chirurgiche	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico / (fratto) Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80%; tra 2 e 2,4 = 60%; > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80% tra 2 e 2,4 = 60% > 2,5 = 0	Valore pari 1,4 giorni= 100%; tra 1,4 e 2 = 80% tra 2 e 2,4 = 60% > 2,5 = 0
17.O_S DGRC 322/2022 DGRC 210/2022 DGRC 420/2024	Obiettivi di produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali	Incremento del numero di prestazioni ambulatoriali specialistiche e riequilibrio del setting assistenziale (interni/esterni)	Attuazione delle indicazioni fornite dal Piano Operativo aziendale per il Conseguimento degli obiettivi assegnati con DGRC n. 420/2024	A) N. prestazioni complesive B) Rapporto N. prestazioni per esterni / N. prestazioni per interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni	A) Rispetto dei volumi previsti dalla DGRC n. 420/2024; B) 52% esterni/ 48% interni
18.O_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	Valore >= 90% = 100% < 90% = 0	Valore >= 90% = 100% < 90% = 0	Valore >= 90% = 100% < 90% = 0
19.O_S	Primo ciclo di terapia	Erogazione almeno dell'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	Osservanza delle linee guida regionali. Effettuazione delle dimissioni coerente con gli orari di servizio della Farmacia di Presidio	% erogazioni rispetto alle dimissioni con prescrizione del primo ciclo terapeutico	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0

20.O_S	Sicurezza delle cure - Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	SI/NO	100%	100%	100%
21.O_S	Sicurezza delle cure - Formazione degli operatori	Somministrazione agli operatori del corso di formazione all'utilizzo della piattaforma Talete	Somministrazione del corso di formazione all'utilizzo della piattaforma Talete	% di operatori formati all'utilizzo della piattaforma Talete	>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0	>80% --> 100% 70-80% --> 80% 60-70% --> 60% <60% --> 0
22.O_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

❖ AREA PS - PROFESSIONI SANITARIE

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
AREA OSPEDALIERA UU.OO. A CICLO CONTINUO							
1.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 7: Prevenzione della morte o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Scheda unica di terapia	Adozione della scheda unica di terapia		numero schede adottate / n. pazienti	70%	80%	90%
2.PS	Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale	Attuazione della Procedura Aziendale di Prevenzione e Gestione delle Cadute in Ospedale (delibera n. 571 del 16.06.2015)	Compilazione della scheda per la valutazione del rischio di caduta in reparto	A. numero di schede di valutazione del rischio / n. pazienti a rischio; B. RELAZIONE	A. 70%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 80%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A. 90%; B. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico

AREA OSPEDALIERA BLOCCHI OPERATORI							
3.PS	Utilizzo Check list	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici	Attuazione delle indicazioni del Manuale Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (Allegato Delibera ASL n. 239/2012)	N. Interventi Chirurgici / n. interventi con adozione Check list	80%	90%	100%
4.PS	Adesione al Protocollo Nazionale per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	Attuazione della specifica modalità negli interventi chirurgici selezionati	Attuazione delle indicazioni del Sistema Nazionale Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH)	N. Unità operative che aderiscono allo SNICH / N. totale delle UU.OO. Chirurgiche	70%	80%	90%
AREA OSPEDALIERA PRONTO SOCCORSO							
5.PS	Raccomandazione Ministeriale n. 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage all'interno del pronto soccorso	Aggiornamento della procedura aziendale di triage in pronto soccorso (allegato alla delibera n. 571 del 16.06.2015)	Attivazione di una adeguata formazione adeguata e continua del personale infermieristico e di supporto del pronto soccorso	N. unità infermieristiche dei pronto soccorso formate	70%	80%	90%
AREA TERRITORIALE							
6.PS	Miglioramento della qualità assistenziale ostetrica/infermieristica nell'ambito del Percorso Nascita	Potenziamento della informazione e dell'orientamento al parto fisiologico	Monitoraggio della gravidanza fisiologica in ambito consultoriale con attivazione di ambulatorio dedicato	Giornate settimanali dedicate	≥ 1	≥ 1	≥ 1
7.PS	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Ambulatorio infermieristico distrettuale	Obiettivo a supporto dell'obiettivo NSG D03C (riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta ≥ 18 anni per complicanze a breve e lungo termine)per diabete, BPCO e scompenso cardiaco)	Giornate settimanali di apertura	> 1	> 1	> 1

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

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1. SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D27C	Contenimento dei Ricoveri ripetuti	Percentuale dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria Valore soglia 6,9	Fonte Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) Numeratore: si considerano ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) Denominatore: si considerano i ricoveri erogati da struttura pubblica o privata accreditata (sono esclusi i pazienti con modalità di dimissione deceduto). Codici di diagnosi principale ICD-9-CM relativi ai disturbi mentali (290 – 319) con esclusione delle demenze (290.xx; 294.10; 294.11; 294.8) e del ritardo mentale (317 – 319).	N. dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria / N. totale dei ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0	≤ 6,9% = 100%; tra 7% e 8% = 80%; tra 8% e 9% = 60%; > 9% = 0
2.SM_S	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	1) Preparazione dell'avviso per la selezione dei cogestori e pubblicazione dell'avviso 2) Avvio di 10 progetti pilota (PTRP) con metodologia di finanziamento innovativo (Budget di salute)	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità • Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio • Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti	Implementazione di progetti terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota	n. 10 progetti pilota

3.SM_S	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	1) Elaborazione di procedure condivise di presa in carico e seguimento precoce di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Continuità delle attività del Centro Esordi di Salerno	DCA-134-del-28-ottobre-2016 Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità - 3) Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance - Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio - Salute mentale e - Neuropsichiatria Infantile	1) Stesura e adozionbe di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico; 2) Mantenimento dei livelli di attività del CD e Residenza Esordi di Salerno	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.SM_S	Flussi Informativii SISM	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA	Invio del flusso entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
5.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D26C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne		N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso
6.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D28C	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Riduzione del Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.		N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso	Valore decrescente rispetto all'esercizio pregresso

7.SM_S	Contrasto ai disturbi della condotta alimentare	Attivazione Centro Residenziale Regionale per i Disturbi Alimentari e incremento/mantenimento quota percentuale di pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in regime Residenziale e in seguimento ambulatorile	Rete assistenziale regionale per i disturbi della condotta alimentare	N. pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in Residenza / n. totali pazienti inseriti in residenza;	Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 20**25 ≥ 75**%;	Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 20**25 ≥ 75**%;	Storico anno 2019 n. 15/n. 19 = 75%. Obiettivo anno 20**25 ≥ 75**%;
7bis.SM_S	Contrasto ai disturbi della condotta alimentare	Attivazione Centro Residenziale Regionale per i Disturbi Alimentari e incremento/mantenimento quota percentuale di pazienti provenienti da territori extraziendali inseriti in regime Residenziale e in seguimento ambulatorile	Rete assistenziale regionale per i disturbi della condotta alimentare	N. pazienti provenienti da territori extraziendali seguiti in regime ambulatoriale/ n. totali pazienti seguiti in regime ambulatoriale	n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.	n. visite amb. Per utenti extrazienda asl sa ≥ 20% del totale n. visite amb.
8.SM_S Nuovo Sistema di Garanzia D28C	Presa in carico pazienti con disturbi dello spettro autistico.	Implementazione dei percorsi di presa in carico secondo le indicazioni regionali	Osservanza delle indicazioni di cui alla nota Presidente Giunta Regione Campania n. 15721 del 23/07/2022	Formulazione del modello di presa in carico e grado di implementazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
9.SM_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%

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

❖ AREA DP - DIPENDENZE-S (Obiettivi sanitari)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1.DP_S DCA n. 86/2016	Garanzia dell'assistenza a pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico	Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , mantenimento/incremento dei volumi d'utenza	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve. Definizione e monitoraggio dei PTRI.	N. pz presi in carico	≥ 2025	≥ 2026	≥ 2027
2.DP_S DCA n. 8172018 DCA n. 86/2016	Formazione specialistica sul tema GAP	Corsi di formazione specialistica sul tema GAP in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco, volto alla efficace individuazione dei casi e alla relativa presa in carico.		Numero corsi di formazione	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie	Almeno un corso di formazione per scuole operatori famiglie

3.DP_S DCA n. 86/2016	Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	Mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	Sviluppo del programma di identificazione precoce dei comportamenti a rischio e di intervento a breve (IPIB Alcool). Definizione e monitoraggio dei PTRI. Counselling e scrrening di eventuali altre dipendenze. Attivazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto	N.pazienti presi in carico	≥ 2025	≥ 2026	≥ 2027
4.DP_S DCA n. 69/2016	Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive	Incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	Progetto EPASERD, campagna di prevenzione e utilizzo dei test rapidi linguali	A) N. di pz sottoposti a screening;	A ≥ 2025	A ≥ 2026	A ≥ 2027
5.DP_S DCA n. 86/2016	Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali	Riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie	Riqualificazione dei programmi di trattamento con Enti Ausiliari regionali accreditati (Comunità). Incremento delle sessioni congiunte per le buone pratiche dei trattamenti	N. dei ricoveri in strutture extraregionali con esclusione di quelli emessi direttamente dalle Autorità giudiziarie	A ≥ 2025	A ≥ 2026	A ≥ 2027
6.DP_S	Coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato nei percorsi assistenziali	Contributo delle Associazioni di Volontariato nella definizione dei percorsi assistenziali	Incontri di verifica sui casi specifici	Nomero di Associazioni coinvolte nei programmi di assistenza	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
7.DP_S	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali.	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%

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

❖ AREA DT - DIPARTIMENTO TERRITORIALE

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Za	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore ≥ 2,60 = 100% tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%	Valore ≥ 2,60 = 100% tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%	Valore ≥ 2,60 = 100% tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% inferiore a 1,80 = 0%
2. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Zb	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA2	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore ≥ 1,90 = 100% tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%	Valore ≥ 1,90 = 100% tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%	Valore ≥ 1,90 = 100% tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% inferiore a 1,40 = 0%

3. DT Nuovo Sistema Garanzia D22Zc	Assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA3	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SIAD) D.M. 17 dicembre 2008, ISTAT Popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento.	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	Valore ≥ 1,50 = 100% tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%	Valore ≥ 1,50 = 100% tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%	Valore ≥ 1,50 = 100% tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% inferiore a 1,00 = 0%
4.DT Nuovo Sistema di Garanzia D30Z	Rete Cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	Valore ≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%	Valore ≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%	Valore ≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%
5.DT DCA 108/2014; DGRC 716/2016	Sanità Penitenziaria	Valutazione pericolosità sociale	Riferimento a: DCA 108/2014; DGRC 716/2016	Relazioni all'Autorità Giudiziaria per soggetti con misure di sicurezza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
6.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico dei minori area penale	Riferimento a: DGRC 567/2017	N. minori presi in carico con progetto integrato (Neuropasichiatria infantile-SER.D.- Piano di zona) / rispetto alle richieste dell'Autorità Giudiz.	100%	100%	100%
7.DT DGRC 716/2017	Sanità Penitenziaria	Presa in carico integrata dei detenuti tossicodipendenti con manifestazioni psichiche	Riferimento a: DGRC 716/2016	A) N. detenuti in carico con progetto integrato (SER.D.- Piano di zona) / Popolazione dei detenuti tossicodipendenti	Valore crescente	Valore crescente	Valore crescente
8.DT	Indirizzo e coordinamento delle attività territoriali di riabilitazione e protesica	Informatizzazione dei progetti riabilitativi individualizzati		% di progetti riabilitativi individuali informatizzati	Valore crescente	Valore crescente	Valore crescente

9.DT	Implementazione della telemedicina in ambito riabilitativo ex art. 44 L.833/78	Sviluppo del programma di erogazione dei servizi di assistenza riabilitativa ex art. 26 L.833/78 attraverso procedure da remoto (telemedicina)		Progetto pilota	Implementazione	Implementazione a regime	Monitoraggio

❖ AREA S - SUPPORTO-S (Obiettivi sanitari)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione dell'attività
					2026	2027	2028	
1.S_S	Monitoraggio dei tetti di spesa delle strutture private accreditate per singola macroarea assistenziale, in relazione ai vincoli contrattuali, ai tetti di spesa e alle prestazioni erogate	Rispetto dei tetti di spesa per singolo ambito	Verifiche di periodo a tre mesi	Percentuale di strutture monitorate	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0	Assistenza accreditata
2.S_S DCA 66/2016	Attuazione dei decreti commissariali inerenti la razionalizzazione e Il contenimento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	Incremento dell'uso dei farmaci equivalenti e biosimilari	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti. Controlli delle note AIFA. Aggiornamento informativo e documentale alle UCAD distrettuali.	A) Percentuale di farmaci con brevetto scaduto sul totale dei farmaci. B) Relazione sulle attività svolte.	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti
3.S_S DCA n. 44/2018 DCA 138/2018)	Contenimento del consumo di antibiotici classe J01	Contenimento del consumo di antibiotici	Formazione/informazione ai MMG e medici dipendenti e monitoraggio dei consumi DDD/mille abitanti dei	A) DDD/mille abitanti die (territ.); B) Relazione sull'obiettivo specifico	A) < 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico - Distretti

4.S_S DCA 56/2019; DCA 25/2020	Miglioramento della governance dell'attività ALPI	Definizione ed invio ai macrocentri e uffici periferici ALPI di indicazioni e orientamenti per il miglioramento della governance dell'attività ALPI	Implementazione dell'apposita piattaforma informatica	Relazione sull'avvenuta definizione ed invio ai macrocentri e uffici periferici ALPI di indicazioni e orientamenti per il miglioramento della governance dell'attività ALPI	Relazione.	Relazione.	Relazione.	CUP - Liste d'Attesa - ALPI
5.S_S DCA 52/2019; DCA 23/2020	Coordinamento e gestione del Centro Unico di Prenotazione e Call Center aziendale	A)Gestione centralizzata e potenziamento del CUP aziendale e del Call Center.	Riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali tramite CUP e adeguamento agli aggiornamenti normativi	Percentuale di aggiornamento delle agende di prenotazione e report.	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	CUP - Liste d'Attesa - ALPI
6.S_S Nuovo Sistema di Garanzia D10Z	Governo delle liste di attesa	A) Rispetto delle percentuali di prestazioni specialistiche garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni della classe B (breve ≤ 10gg). VALORE SOGLIA 90. B) Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg). VALORE SOGLIA 90%	Monitoraggio dei tempi di attesa come da DCA n. 52/2019 e DCA n. 23/2020	A) N. prestazioni garantite entro i tempi / N. totale di prestazioni della classe B (breve); B) N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	A) > =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0% B) ≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0	A) > =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0% B) ≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0	A) > =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% = 50% < 55% = 0% B) ≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0	Direzioni di Macrocentro
7.S_S	Coordinamento delle attività di Controllo SDO	Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri		A) N. controlli; B) Relazione sull'attuazione dei controlli previsti dal DCA n. 21/2018 e s.m.i. e dal Nuovo Sistema di Garanzia LEA	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Monitoraggio e controllo SDO

8.S_S	Coordinamento delle cure primarie	Predisposizioni delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali		Relazione sull'avvenuta predisposizione delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	si/no	si/no	si/no	Assistenza primaria
9.S_S	Coordinamento della specialistica ambulatoriale	Espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali		Relazione sull'avvenuto espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali	si/no	si/no	si/no	Assistenza primaria
10.S_S	Programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con riferimento ai LEA socio-sanitari)	Supporto alla Direzione Strategica e alle Strutture dipartimentali e distrettuali nella governance dei processi gestionali e professionali sottesi al sistema socio-sanitario		Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario
11.S_S	Flusso Informativo Socio-Sanitario	Rispetto della tempistica del Flusso FAR; Miglioramento qualità dei dati conferiti		A) SI/NO B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Coordinamento socio-sanitario
12.S_S	Interventi sulle fragilità in salute mentale	Monitoraggio ed appropriatezza degli inserimenti residenziali in strutture socio sanitarie		Numero di verifiche effettuate / numero di pazienti in trattamento residenziale *100	>= 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%;tra 30% e 40% = 60%;< 30% = 0	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Area salute mentale
13.S_S	Risk management	Aggiornamento delle procedure aziendali		Adozione con delibera delle procedure aziendali	si/no	si/no	si/no	Sicurezza dei pazienti e

		relative alla sicurezza dei pazienti		relative alla sicurezza dei pazienti				gestione rischio clinico
14. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Ostetrico	CESAREI	Riferimento Griglia LEA e Progetto percorso nascita ASL Salerno di cui al DCA 134/2016. Applicazione delle check-list ministeriali (DM 11.11.2015) sui requisiti minimi dei punti nascita aziendali pubblici e privati. Riqualificazione delle attività consultoriali per il percorso nascita e garanzia dei LEA. Offerta attiva di partoanalgesia su almeno 2 punti nascita, con relativa formazione.	A) Indicatore LEA percentale TC primari; B) relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) < 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Analisi e monitoraggio percorsi assistenziali / Monitoraggio e controllo SDO
15. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Pediatrico	Monitoraggio degli screening neonatali per l'incremento dei neonati sottoposti a screening	Riferimento al Piano Regionale della Prevenzione di cui alla DGRC n. 860/2015 recepito con delibera n. 65/2016. Piano Regionale della Prevenzione (PRP) - PL11 - "I primi mille giorni di vita".	A) Percentuale dei neonati sottoposti a screening; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Governo Clinico
16. S_S	Coordinamento e monitoraggio dei percorsi assistenziali e del governo dei LEA - Ambito Ortopedico	Monitoraggio delle fratture di femore	Riferimento Griglia LEA	A) Percentuale dei pazienti di età > 65 anni con frattura del collo del femore operati entro 48 ore ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) ≥ 60% B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Analisi e monitoraggio percorsi assistenziali / Monitoraggio e controllo SDO
17.S_S	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019	Controlli presso le strutture di erogazione e relative proposte connesse ai risultati dei controlli	Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019	Percentuale dei controlli effettuati sul totale dei controlli richiesti	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; tra 40 e 60 = 60%; < 40 = 0	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; tra 40 e 60 = 60%; < 40 = 0	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; tra 40 e 60 = 60%; < 40 = 0	Servizio ispettivo e NOC

18.S_S	Formazione del personale	A) Promozione della formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'erogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale al fine di favorire la crescita rpofessionale degli operatori e la condivisione delle politiche operative. B) Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	Ricognizione del fabbisogno formativo in sinergia con i Macrocentri aziendali. Procedure di accreditamento ECM	A) Relazione sulle attività formative realizzate e relativa ricaduta nella crescita professionale degli operatori B) Atto di approvazione annuale del Piano Aziendale di Formazione	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	A) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico B) Approvazione del Piano annuale	Formazione e aggiornamento
19.S_S	Rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder	A. Realizzazione di una indagine di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza; B. Gestione dei reclami	Somministrazione del questionario ed elaborazione dei dati. Elaborazione dei dati relativi ai reclami pervenuti agli Uffici URP territoriali ed ospedalieri.	Relazione sull'avvenuta rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder	1 elaborazione terriotoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione terriotoriale ed 1 ospedaliera	1 elaborazione terriotoriale ed 1 ospedaliera	URP
20.S_S	Farmacovigilanza	Sicurezza dei farmaci e vaccini	Monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci e/o vaccini, tramite la diffusione della prevista modulistica AIFA, da inviare al Responsabile Farmacovigilanza ASL da parte di: Medici di MMG; Medici ospedalieri, Farmacisti dipendenti e convenzionati, Distretti sanitari, Dipartimenti, Odontoiatri, infermieri, ostetriche e comuni cittadini	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimento farmaceutico

21.S_S	Realizzazione del Piano degli Investimenti 2025-2027 e del Piano dei Lavori al fine di: a) ammodernamento e ripristino delle strutture; b) adeguamento alle normative antincendio; c) efficientamento energetico	Promozione dello sviluppo e adeguamento tecnico e tecnologico mediante il potenziamento e l'ammodernamato delle apparecchiature sanitarie biomedicali	Realizzazione delle acquisizioni programmate	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0	>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0	>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0	Valutazione tecnologie sanitarie
22.S_S	D09Z - Tempi di intervento Servizio Emergenza 118	Rispetto dell'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso pari a 20', di cui al Nuovo Sistema di Garanzia LEA	Fonte del dato: Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (EMUR-Flusso informativo del 118)	N. minuti tra la chiamata al 118 e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso, corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi	20'	20'	20'	Emergenza - COT 118 - Urgenza territoriale
23.S_S	Attività Commissioni Invalidi Civili	Coordinamento tecnico e funzionale delle attività delle Commissioni Invalidi Civili (L. 104/92; L. 68/99)		Percentuale dei controlli effettuati sulle chiamate da parte dell'INPS (con cui è in corso convenzione) per il rispetto dei tempi di attesa e della dinamica delle valutazioni	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Medicina legale / Distretti
24.S_S	Attività di certificazione medico-legale	Rispetto dei tempi di attesa per il rilazcio delle certificazioni medico-legali (30 gg.)		N. di certificazioni entro i tempi / totale richieste	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0	Medicina legale
25.S_S	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi seondo le vigenti norme e gli indirizzi del datore di lavoro		A) Aggiornamento DVR B) Relazione	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) Aggiornamento DVR; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Prevenzione e Protezione

26.S_S	Formazione sulla sicurezza dei lavoratori	Erogazione di corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori		N. corsi	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione
27.S_S	Attività Medici Competenti	Coordinamento dei medici competenti e protocolli di sorveglianza sanitaria	Almeno 1 incotro semestrale di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	Numero di incotri semestrali di coordinamento con i MC ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Prevenzione e Protezione
28.S_S	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

❖ AREA S - SUPPORTO-A (Obiettivi amministrativi)

N.	Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE	Indicatori di misurazione	Target			Area di rilevazione dell'attività
					2026	2027	2028	
1.S_A	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Costo a consuntivo - Budget economico assegnato	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
2.S_A	Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Economico Finanziaria

3.S_A	Riduzione delle proroghe contrattuali	Riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale	Miglioramento della programmazione degli acquisti	N. di proroghe contrattuali	< 2025	< 2026	< 2027	Acquisizione Beni e Servizi ed Economato
4.S_A	Monitoraggio dei costi e ricavi dell'Attività intramoenia	Determinazione dei costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale in ambito di libera professione.	Implementazione della piattaforma software di gestione dell'attività intramoenia	Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	Redazione del Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	CUP - Liste d'Attesa - ALPI / Controllo di gestione
5.S_A	Gestione e valorizzazione del Patrimonio	Ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico		A) Grado di implementazione dell'inventario beni immobili B) Relazione	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali
6.S_A	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazione prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrita 2023-2025	Grado di implementazione del sistema	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	RPCT / Macrocentri
7.S_A	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	Relazione della Struttura Organizzaztiva sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	RPCT / Macrocentri

8.S_A	Attuazione Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.	Risoluzione dei ritardi di pagamento dei fornitori e relazioni periodiche ai macrocentri e alla Direzione Strategica circa i tempi di pagamento		Report/Indicatore tempi di pagamento e relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Report/Tempi di pagamento. Relazione sull'obiettivo specifico	Economico Finanziaria / Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
9.S_A	Accordi Asl Creditori per la risoluzione del contenzioso	Sottoscrizione accordi	Governo dei processi amministrativo contabili con sinergia tra UOC Affari Legali e UOC Gestione dei Flussi Finanziari ed E.G.	A) n° di accordi sottoscritti; B) Relazione	A) n° ≥ 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) n° ≥ 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari Legali e Gestione economico-finanziaria
10.S_A	Contenimento dei costi legali per gli incarichi esterni	Riduzione del n° cause con incarichi esterni	Attività di difesa giudiziale e stragiudiziale	Percentuale incarichi esterni	≤ 2025	≤ 2026	≤ 2027	Affari legali
11.S_A	Contenimento del contenzioso in fase esecutiva	Aumento delle prese d'atto e delle determine per la definizione stragiudiziale dei contenziosi esecutivi	Contenimento dei costi grazie alla chiusura anticipata del contenzioso esecutivo. Prese d'atto dei conteziosi relativi ai Centri ass.accr.ta-fornitori e ai Macrocentri	n° determine	≤ 2025	≤ 2026	≤ 2027	Affari Legali
12.S_A	Verifica dei progetti finanziati da terzi	Coordinamento delle attività e monitoraggio delle progettualità relativa ai fondi extra Aziendali	Alimentazione della piattaforma informatizzata	% Progettualità monitorate	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	>= 90% = 100% tra 60% e 80% = 70% inferiore a 60% = 0%	GFFEG/ Controllo di Gestione/Responsabili dei progetti
13.S_A	Attuazione del Piano di investimenti 2025-2027	Realizzazione del Piano degli Investimenti e del Piano delle Opere 2025-2027		Grado di realizzazione del piano investimenti;	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali/ Tecnologie Biomediche /Acquisizione Beni e Servizi / SIA
14.S_A	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni.	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100 % B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

15.S_A	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Nota Direzione Amministrativa aziendale ASLSA-0018911-2025 del 23/01/2025	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	0 = 100% > 0 e <=10 = 50% >10 = 0%	0 = 100% > 0 e <=10 = 50% >10 = 0%	0 = 100% > 0 e <=10 = 50% >10 = 0%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
16.S_A	Attuazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione di cui al DCA n. 67/2019	Manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale	Linee guida di cui al DCA n. 67/2019. Allegato 2 DCA n. 27/2019.	Grado di implementazione del sistema	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	Controllo di Gestione
17.S_A	Comunicazione istituzionale	Aggiornamento del Piano annuale di Comunicazione		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Comunicazione
18.S_A	Supporto agli Organi di vertice	Garanzia delle attività amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Segreterie Direzione Strategica
19.S_A	Riscontro ai rilievi del Collegio Sindacale	Riscontro entro 30 giorni alle osservazioni del Collegio Sindacale		A) Percentuale dei rilievi riscontrati entro 30 giorni; B) Relazione	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) 100%; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali
20.S_A	Digitalizzazione dei documenti amministrativi	Completa digitalizzazione delle proposte di delibera e delle determine dirigenziali. Avvio del protocollo aziendale informatizzato. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale		Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Affari generali / SIA

21.S_A	Reclutamento personale	Avvio 100% dei reclutamenti autorizzati, secondo il Piano triennale adottato		N. reclutamenti con procedure avviate (pubblicazione bando) / N. reclutamenti previsti	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0	Risorse umane
22.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico e nelle Linee guida per la compilazione del Conto Annuale di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del DCA 53/2019		Utilizzo del flusso informativo per la Compilazione del Conto Annuale del personale. Relazione sul grado di implementazione. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico secondo le scadenze del monitoraggio CE	SI = 100% NO = 0%	SI = 100% NO = 0%	SI = 100% NO = 0%	Risorse umane
23.S_A	Flusso informativo regionale sul Personale Convenzionato	Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale convenzionato secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico di cui all'Allegato 1 del DCA 55/2019		Utilizzo del flusso informativo per la Compilazione del Conto Annuale del personale. Relazione sul grado di implementazione. Relazione con riferimento all'obiettivo specifico secondo le scadenze del monitoraggio CE	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Risorse umane
24.S_A	Amministrazione digitale	Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata		Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo

25.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza	Incremento dei sistemi on line di servizio ai cittadini	Indicatori Circolare 2 Funzione Pubblica DFP-0080611-P-30/12/2020	A) N. di servizi on line B) Relazione	A) > 2025 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2026 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > 2027 B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Sistema informativo
26.S_A	Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Alimentazione del FSE e monitoraggio attraverso l'apposito cruscotto aziendale. Rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e s.m.i e nei provvedimenti regionali	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	100%	100%	100%	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / SIA
27.S_A	Implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Avvio delle azioni programmate secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	Linee guida regionali di cui alla DGRC n. 682 del 13/12/2022 Governance PNRR di cui al DL n. 77 del 31/05/2021 convertito in Legge 29/07/2021 n. 108	% di avanzamento dei lavori e delle acquisizioni progettate in ambito PNRR	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Attività tecniche e patrimoniali / Tecnologie biomediche / SIA / Affari Generali / Economico Finanziario
28.S_A	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Dipartimenti / Distretti / PP.OO. / Funzioni centrali

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

N.	Definizione Obiettivo	Risultato atteso	NOTE PER L'ELABORAZIONE	Indicatori di misurazione	Target		
					2026	2027	2028
1.G	Governo delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato sui conti gestionali di competenza		Differenza consuntivo - budget	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%	≤ 0 = 100%
2.G	Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito	Revisione della debitoria pregressa	Verifiche e liquidazioni dei fatturati pervenuti, da parte dei Macrocentri e delle U.OO.CC. Centrali	A) Volume dei debiti e crediti sorretti da sufficienti e appropriati elementi probativi; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	A) > ; B) Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
3.G	Applicazione del Codice di Comportamento	Partecipazione del personale dipendente al Corso di formazione a distanza implementato sulla piattaforma FAD aziendale	Monitoraggio sul grado di partecipazione del personale dipendente dei vari Macrocentri al Corso di formazione sul Codice di Comportamento sulla piattaforma aziendale.	A) N. di partecipanti al corso su piattaforma aziendale Talete- WEB; B) Relazione	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
4.G	Promozione della Trasparenza attraverso l'attuazione di misure atte a garantire maggiore accessibilità e soddisfazione per l'utenza	Aggiornamento costante sul sito istituzionale delle informazione prescritte dal Decreto 33/2013 (Allegato tab.1)	Aggiornamento sul sito istituzionale delle informazioni soggette agli obblighi di pubblicazione, come elencate nell'allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale della Trasparenza e Integrità 2024-2026	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
5.G	Attuazione delle misure previste dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Monitoraggio dei processi a rischio mappati nel Catalogo di cui all'allegato 2 del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, e identificazione delle azioni positive da porre in essere nelle rispettive aree di rischio.	Monitoraggio dei processi a rischio elencati nell'allegato 2 al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione	Relazione della Struttura Organizzaztiva sugli eventi mappati all'interno delle Aree di rischio di rispettiva competenza	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico
6.G	Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse	Riduzione dei tempi di liquidazione delle forniture		N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%

7.G	Ottimizzazione del magazzino	Registrazione del carico e scarico di magazzino entro 10 giorni		Quota di registrazioni di magazzino effettuate entro i 10 giorni. Relazione	100%	100%	100%
8.G	Ottimizzazione nella registrazione fatture	Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento	Nota Direzione Amministrativa aziendale ASLSA-0018911-2025 del 23/01/2025	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	0	0	0
9.G	Attuazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale e organizzativa (SMVP) ai sensi del D.Lgs 150/2009 e D.Lgs 74/2017	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.	Trasmmissione degli atti all'OIV entro i termini previsti	Data di trasmissione degli atti di valutazione all'OIV.	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo	Entro il 31 marzo

A fronte dei contenuti del presente piano, permane a base del processo di programmazione un principio di responsabilità individuale e collettiva rispetto agli obiettivi della complessiva performance aziendale, da perseguire con l'apporto e il coinvolgimento di tutti gli operatori, sulla base di una adeguata condivisione dei princìpi e dei valori sottesi, affinché il contenuto del presente documento divenga effettivo strumento di lavoro e di orientamento dei processi, dei comportamenti e delle azioni quotidiane di tutti.

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

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

2026 - 2028

2.3.1 Premessa

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito, PTPCT) disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi, procedurali e gestionali adottati dall'ASL Salerno al fine di prevenire il rischio di fenomeni corruttivi e di illegalità nell'azione amministrativa.

Con l'entrata in vigore del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale strumento unitario di programmazione delle pubbliche amministrazioni, all'interno del quale confluiscono, tra le altre, le politiche di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In tale quadro, il presente PTPCT costituisce parte integrante del PIAO dell'ASL Salerno ed è redatto in attuazione:

1. della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

2. del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante il riordino della disciplina in materia di trasparenza e diritto di accesso civico;

3. del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, nonché del relativo aggiornamento adottato con delibera n. 31 del 30 gennaio 2025 e dei pertinenti allegati;

4. del documento ANAC "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza – Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022–2024", approvato dal Consiglio dell'Autorità il 2 febbraio 2022.

Il Piano accoglie il concetto di corruzione nell'accezione ampia delineata dal legislatore e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, comprensiva non solo delle fattispecie penalistiche previste dagli articoli 318, 319 e 319-ter del codice penale, ma anche di tutte le situazioni di cattiva amministrazione, malfunzionamento organizzativo e uso distorto delle funzioni pubbliche a fini privati, indipendentemente dalla rilevanza penale delle condotte.

Il PTPCT è finalizzato a fornire, in particolare ai dirigenti e ai responsabili delle strutture aziendali, uno strumento di indirizzo strategico e operativo da condividere e diffondere a tutto il personale dipendente e ai collaboratori a qualsiasi titolo, al fine di rafforzare una cultura dell'integrità, della legalità e della responsabilità amministrativa.

Il presente Piano è adottato per il triennio 2026–2028 e mantiene un impianto strutturale e metodologico coerente con il quadro normativo di riferimento, opportunamente aggiornato per tenere conto delle evoluzioni normative, organizzative e programmatorie intervenute a partire dal 2023.

In particolare, l'aggiornamento considera gli effetti connessi all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, nonché gli aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione adottati dall'ANAC.

Il PTPCT si coordina con il PIAO 2026–2028 dell'ASL Salerno, assicurando coerenza e integrazione tra prevenzione della corruzione, trasparenza, ciclo della performance e obiettivi di creazione di valore pubblico.

Anno 2022
Con Deliberazione n. 860 del 30. 06.2022 è stato nominato Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) il Dott. Gaetano Memoli.
Con Deliberazione n. 863 del 30.06.2022 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2022-2024" (PTPCT).
Anno 2023
Con Deliberazione n. 346 del 30.03.2023 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2023 - 2025" (PTPCT).
Anno 2024
Con Deliberazione n. 227 del 05/02/2024 è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2024 - 2026" (PTPCT).
Anno 2025
Con Deliberazione n. 1599 del 28/10/2025 è stato nominato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) il Dott. Antonino Di Domenico
Con Deliberazione n. del è stato adottato il "Piano triennale della prevenzione della corruzione e Programma triennale della trasparenza e dell'integrità - 2025-2027" (PTPCT).
Anno 2026
Il PTCP, inserito nell'ambito del PIAO 2026-2028 dell'ASL Salerno, successivamente alla sua adozione, viene pubblicato sul sito internet aziendale, nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione.

2.3.2 Obiettivi e azioni del piano

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, si fonda su un modello multilivello che prevede il coordinamento tra la strategia nazionale e le strategie di prevenzione adottate dalle singole amministrazioni, nell'ambito dei rispettivi sistemi di programmazione e gestione.

La strategia nazionale di prevenzione della corruzione è definita attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento dei propri Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, come articolati e integrati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Il PTPCT individua e analizza il livello di esposizione dell'amministrazione al rischio di corruzione e definisce gli interventi organizzativi e gestionali volti a prevenire tale rischio, in coerenza con il quadro normativo di riferimento, con le indicazioni del PNA 2022 e dei relativi aggiornamenti, nonché con le tempistiche e le modalità di adozione previste per il PIAO.

Finalità del PTPCT è l'individuazione e la programmazione di misure organizzative idonee a ridurre il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tal fine, l'amministrazione è chiamata a valutare e gestire il rischio corruttivo attraverso una metodologia strutturata che comprende l'analisi del contesto esterno e interno, la valutazione del rischio – articolata nelle fasi di identificazione, analisi, ponderazione e trattamento – nonché l'individuazione e la programmazione delle misure di prevenzione, in coerenza con i processi organizzativi e con le aree maggiormente esposte a rischio.

Il presente PTPCT è articolato nelle seguenti sezioni principali:

1. identificazione dei soggetti che concorrono alla prevenzione del rischio corruttivo, delle funzioni attribuite e delle relative responsabilità;
2. individuazione delle misure di prevenzione della corruzione, distinte in:
   a. misure generali, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e operano in modo trasversale sull'intera organizzazione;
   b. misure specifiche, che intervengono su ambiti e processi a maggiore rischio corruttivo, individuati mediante l'analisi del rischio e contestualizzati rispetto all'organizzazione aziendale;
3. programmazione delle misure di trasparenza, in coerenza con gli obblighi previsti dal D. Lgs. 33/2013 e con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, quale parte integrante del sistema di prevenzione della corruzione e del PIAO.

2.3.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici che l'ASL Salerno intende perseguire nel triennio 2026–2028, in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, sono i seguenti:

1. promuovere e rafforzare la formazione del personale presso tutte le strutture aziendali quale strumento fondamentale di prevenzione del rischio corruttivo, di diffusione della cultura della legalità e di miglioramento della qualità dell'azione amministrativa;

2. attuare e aggiornare il Piano formativo aziendale, assicurando la coerenza delle iniziative formative con le aree di rischio individuate e con le esigenze organizzative dell'Azienda;

3. garantire l'effettiva attuazione, il monitoraggio e l'aggiornamento delle misure previste dal PTPCT 2026–2028, assicurando il coinvolgimento delle strutture competenti e la responsabilizzazione dei soggetti attuatori;

4. monitorare in modo sistematico le aree di rischio e le azioni di prevenzione riferite agli eventi rischiosi individuati, con particolare attenzione ai processi maggiormente esposti e alle misure di trattamento del rischio;

5. assicurare il costante aggiornamento, la completezza e la qualità delle informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 33/2013 e dalle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, anche con riferimento agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici;

6. procedere alla revisione periodica delle aree di rischio e alla mappatura dei relativi processi secondo la metodologia definita dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 e dai relativi aggiornamenti, con specifico riguardo alla gestione delle risorse finanziarie connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). A tal fine, l'ASL Salerno si avvale delle "Linee Guida per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione del PNRR", adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 715 del 12/06/2023, quali strumenti di supporto e coordinamento delle attività aziendali.

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

Il sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL Salerno si fonda sul coinvolgimento coordinato di una pluralità di soggetti, ciascuno dei quali concorre, nell'ambito delle rispettive competenze e responsabilità, all'attuazione delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

– il Direttore Generale, cui compete l'indirizzo strategico in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, nonché l'adozione del PTPCT e delle misure organizzative necessarie alla sua attuazione;

– il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), cui sono attribuite le funzioni di coordinamento, impulso e monitoraggio del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dal Piano Nazionale Anticorruzione;

– il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, quale struttura di supporto al RPCT nelle attività di analisi dei rischi, monitoraggio delle misure e aggiornamento del Piano;

– i dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto, UOC, UOSD e UOS, cui spetta l'attuazione concreta delle misure di prevenzione della corruzione nell'ambito dei processi di competenza, nonché la collaborazione con il RPCT nelle attività di mappatura e gestione del rischio;

– il Collegio Sindacale, nell'ambito delle funzioni di controllo attribuite dalla normativa vigente;

– l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno, con riferimento alle attività di verifica della coerenza del PTPCT con il ciclo della performance, nonché alle attestazioni in materia di trasparenza;

– l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), competente per la gestione dei procedimenti disciplinari connessi a violazioni delle misure di prevenzione della corruzione;

– la UOC Formazione e Aggiornamento, cui compete la programmazione e l'attuazione delle attività formative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;

– il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO), per gli aspetti di coordinamento tra le misure di trasparenza e la tutela dei dati personali;

– i dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'ASL Salerno, tenuti a rispettare le misure di prevenzione previste dal Piano e a collaborare attivamente alla loro attuazione, anche mediante la segnalazione di eventuali situazioni di rischio o irregolarità.

2.3.4.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale svolge un ruolo centrale nel sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASL Salerno. In particolare:

– nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e assicura che lo stesso disponga di adeguate funzioni, poteri e risorse organizzative per lo svolgimento dell'incarico, garantendone l'autonomia e l'effettività dell'azione;

– definisce gli indirizzi e gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, assicurandone il coordinamento con il sistema di programmazione aziendale, con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con il ciclo della performance;

– adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne promuove l'attuazione all'interno dell'organizzazione aziendale, vigilando sul rispetto delle misure previste e favorendo il coinvolgimento delle strutture competenti.

2.3.4.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) esercita le proprie funzioni in conformità a quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 e dai relativi aggiornamenti adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

In particolare, il RPCT:

– predispone il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, curandone la coerenza con il quadro normativo di riferimento, con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con il sistema di programmazione aziendale, e lo sottopone all'organo di indirizzo per l'adozione;

– coordina e monitora l'attuazione delle misure di prevenzione previste dal Piano, proponendo eventuali aggiornamenti e integrazioni in relazione all'evoluzione del contesto normativo, organizzativo e operativo dell'Azienda;

– verifica l'efficacia delle misure adottate e contribuisce alla revisione periodica del Piano, anche sulla base delle risultanze delle attività di monitoraggio e delle segnalazioni pervenute;

– predispone e pubblica, nei termini stabiliti dall'ANAC, la relazione annuale sull'attività svolta, secondo le modalità e gli schemi definiti dall'Autorità;

– promuove e coordina, in raccordo con le strutture competenti, iniziative di formazione e sensibilizzazione sui temi dell'etica pubblica, della legalità e della prevenzione della corruzione, con particolare attenzione ai settori maggiormente esposti al rischio corruttivo;

– verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, l'attuazione delle misure di rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione, nei limiti in cui la rotazione risulti compatibile con le esigenze organizzative e con la specificità delle competenze richieste;

– vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, ai sensi del D. Lgs. 39/2013, per quanto applicabile all'Azienda;

– cura la diffusione e la conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari nelle attività di monitoraggio della sua attuazione;

– promuove il coordinamento con i referenti delle strutture aziendali, anche mediante incontri periodici, al fine di monitorare lo stato di attuazione del Piano e condividere le principali criticità emerse.

Il RPCT si avvale, per lo svolgimento delle proprie funzioni, di personale dedicato e del supporto delle strutture organizzative competenti, secondo le modalità definite dall'Azienda, al fine di garantire l'efficace attuazione delle attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Il Dott. Antonino Di Domenico è stato nominato RPCT dell'ASL Salerno con Delibera del Direttore Generale n. 1599 del 28/10/2025.

2.3.5 Il Gruppo di lavoro per la prevenzione della corruzione, la trasparenza

In considerazione della complessità e della numerosità degli adempimenti connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, nonché delle funzioni e delle dimensioni organizzative dell'ASL Salerno, è istituito un Gruppo di lavoro quale struttura di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il Gruppo di lavoro opera senza autonomia decisionale e svolge attività di supporto, collaborazione e analisi a favore del RPCT, contribuendo in particolare alle seguenti attività:

– supporto alla predisposizione di atti di indirizzo e documenti di carattere generale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (regolamenti, linee operative, circolari);

– collaborazione alle attività di monitoraggio sull'attuazione del PTPCT e alla valutazione della sua efficacia, formulando eventuali proposte di aggiornamento o miglioramento;

– supporto all'individuazione dei processi e delle attività a più elevato rischio di corruzione e alla definizione delle relative misure di prevenzione, in raccordo con le strutture competenti;

– collaborazione alla definizione e all'aggiornamento del piano di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, in coordinamento con la UOC Formazione e Aggiornamento;

– supporto al monitoraggio sull'attuazione e sulla diffusione del Codice di comportamento aziendale, sulla base delle informazioni e dei report trasmessi dalle strutture competenti, ai sensi dell'art. 15, comma 3, del D.P.R. 62/2013;

– supporto alle attività di verifica sul rispetto degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza, ai sensi dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013 e delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

I componenti del Gruppo di lavoro riferiscono al RPCT, almeno con cadenza annuale, in merito alle attività svolte, alle criticità riscontrate e alle eventuali proposte di miglioramento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

I dirigenti delle strutture aziendali svolgono un ruolo fondamentale nell'attuazione concreta delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in quanto responsabili dei processi e delle attività svolte nell'ambito delle strutture cui sono preposti.

In particolare, i dirigenti:

– collaborano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), fornendo le informazioni necessarie per l'individuazione e l'analisi delle attività e dei processi a più elevato rischio di corruzione;

– concorrono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla definizione e all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, assicurandone l'effettiva applicazione nei processi di competenza;

– assicurano un'adeguata vigilanza sulle attività svolte all'interno delle strutture di riferimento, con particolare attenzione alle aree maggiormente esposte al rischio corruttivo;

– vigilano sul rispetto del Codice di comportamento aziendale e segnalano tempestivamente all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari e al RPCT eventuali situazioni di violazione o di rischio;

– collaborano all'attuazione delle misure organizzative previste dal Piano, ivi comprese, per quanto di competenza, le misure di rotazione del personale, nei limiti di quanto compatibile con le esigenze organizzative e con la specificità delle funzioni svolte;

– propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale da coinvolgere prioritariamente nelle iniziative di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;

– osservano e danno attuazione alle misure contenute nel PTPCT, collaborando attivamente con il RPCT e con le altre strutture coinvolte nel sistema di prevenzione.

2.3.7 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale esercita le funzioni di controllo e vigilanza attribuite dalla normativa vigente, con particolare riferimento alla regolarità amministrativa e contabile e alla corretta gestione economico-finanziaria dell'ASL Salerno.

Nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, il Collegio Sindacale contribuisce al presidio della legalità dell'azione amministrativa, anche con riferimento al rispetto delle disposizioni normative rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza, senza sovrapporsi ai compiti attribuiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e agli altri soggetti del sistema di prevenzione.

2.3.8 L'organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) svolge un ruolo di verifica, raccordo e valutazione nell'ambito del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in coerenza con le funzioni attribuite dalla normativa vigente e dalle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

In particolare, l'OIV:

– tiene conto dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione previste dal PTPCT nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti, assicurando il raccordo tra il sistema di prevenzione della corruzione, il ciclo della performance e il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

– verifica la coerenza tra gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione e il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, valorizzando il rispetto delle misure previste dal PTPCT ai fini della valutazione dei risultati organizzativi e individuali;

– esprime il parere sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda e ne verifica il raccordo con il sistema di valutazione della performance;

– tiene conto, nell'ambito delle proprie valutazioni, degli esiti delle attività di vigilanza e controllo svolte dai dirigenti sull'attuazione e sul rispetto del Codice di comportamento;

– attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza, secondo le modalità e le linee guida definite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

2.3.9 UPD - Ufficio per i Procedimenti disciplinari

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) svolge le funzioni attribuite dalla normativa vigente in materia di responsabilità disciplinare del personale, operando in raccordo con il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASL Salerno.

In particolare, l'UPD:

– collabora con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT, per gli aspetti di competenza, alla predisposizione e all'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale;

– cura l'istruttoria e la gestione dei procedimenti disciplinari relativi alle violazioni del Codice di comportamento e delle altre disposizioni rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai contratti collettivi di riferimento;

– esamina le segnalazioni di presunte violazioni disciplinari pervenute, procedendo agli adempimenti di competenza e assicurando il rispetto delle garanzie procedimentali previste dall'ordinamento;

– raccoglie e gestisce le informazioni relative alle violazioni accertate e alle sanzioni irrogate, ai fini del monitoraggio interno e del raccordo con il RPCT;

– può richiedere, nei casi previsti, il parere facoltativo dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ai fini dell'attivazione o della gestione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.

Le attività dell'UPD si svolgono nel rispetto della disciplina in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 24/2023 e dalle procedure aziendali adottate, in coordinamento con i soggetti competenti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 173 del 05/02/2021 è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari dell'ASL Salerno.

Con successive deliberazioni del Direttore Generale, adottate nel corso degli anni 2023 – 2024 e 2025, l'UPD è stato integrato e riorganizzato, anche con riferimento alla nomina dei componenti e dei Presidenti delle diverse Aree contrattuali, nonché alla costituzione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale convenzionato (UPDC), in conformità alla normativa e agli accordi collettivi vigenti.

2.3.10 La UOC Formazione e Aggiornamento

La UOC Formazione e Aggiornamento cura la programmazione e la realizzazione delle iniziative formative previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Le attività formative sono finalizzate alla diffusione della cultura della legalità, dell'etica pubblica e della trasparenza e sono pianificate tenendo conto delle aree e dei processi maggiormente esposti al rischio di corruzione, nonché delle esigenze organizzative dell'Azienda, in coerenza con il PTPCT e con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

2.3.11 I dipendenti ed i Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'ASL Salerno sono tenuti a contribuire all'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, nell'ambito delle rispettive funzioni e responsabilità.

In particolare, dipendenti e collaboratori:

– collaborano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e con i dirigenti competenti nell'attuazione delle misure previste dal Piano;

– rispettano le misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza previste dal PTPCT e dalle altre disposizioni aziendali;

– osservano il Codice di comportamento aziendale e le regole di condotta applicabili in relazione al ruolo svolto;

– segnalano eventuali situazioni di illecito o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito dell'attività lavorativa, attraverso i canali di segnalazione predisposti dall'Azienda, nel rispetto della disciplina in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti, di cui al D. Lgs. 24/2023, ferma restando l'eventuale obbligatorietà della denuncia all'autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

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

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

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

2.3.12 Gli Stakeholders

L'ASL Salerno promuove forme di coinvolgimento e consultazione degli stakeholder, con particolare riferimento ai cittadini, agli utenti dei servizi e alle organizzazioni portatrici di interessi collettivi, al fine di favorire la trasparenza dell'azione amministrativa e il rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione.

Le iniziative di consultazione, attivate secondo modalità coerenti con le caratteristiche organizzative dell'Azienda, costituiscono uno strumento di supporto alla fase di elaborazione e di aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nonché alla valutazione della sua adeguatezza rispetto al contesto esterno.

Gli esiti delle consultazioni sono valutati dall'Azienda ai fini dell'individuazione delle priorità di intervento e del miglioramento delle misure di prevenzione e trasparenza, in coerenza con gli obiettivi di legalità, accountability e creazione di valore pubblico perseguiti dall'ASL Salerno.

2.3.13 Nomine legate alle attività di prevenzione

Specifiche nomine collegate alle attività di prevenzione della corruzione:

Nell'ambito del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, nonché in relazione ai presìdi organizzativi che concorrono, per le rispettive competenze, al rafforzamento della legalità e della trasparenza dell'azione amministrativa, l'ASL Salerno ha provveduto alle seguenti nomine.

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASL Salerno è il Dott. Antonino Di Domenico, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1599 del 28/10/2025.

- Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

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

La figura del RASA assicura il corretto adempimento degli obblighi informativi e di trasparenza in materia di contratti pubblici, in coerenza con le disposizioni normative vigenti.

Figure con funzioni di raccordo organizzativo:

In relazione ad ambiti organizzativi connessi alla legalità, alla trasparenza e alla corretta gestione dei processi aziendali, l'Azienda ha individuato ulteriori figure di riferimento, operanti secondo le rispettive competenze istituzionali.

– Responsabile per la Transizione Digitale (RTD): è il Dott. Vito Antonio Gianni, Direttore della UOC Servizio Informativo Aziendale, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1397 del 22/12/2020, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale), con funzioni di coordinamento dei processi di digitalizzazione e innovazione dell'Azienda;

Nel corso degli anni 2023 – 2024 e 2025 l'Azienda ha ulteriormente rafforzato il sistema di protezione dei dati personali mediante l'adozione di specifici protocolli e policy aziendali in materia di data breach e informativa agli utenti, in conformità al GDPR.

- Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO): designato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679.

Con decreto del Commissario Straordinario n. 1 del 1/08/2019 questa Azienda ha proceduto alla Designazione del Responsabile della Protezione dei Dati personali (RDP) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679.

Nell'ottica di una sempre più ampia digitalizzazione della PA, nel corso dell'anno 2023 è stato affidato il "Servizio di Consulenza alla corretta applicazione del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (GDPR)" al fine di fornire adeguato supporto tecnico specialistico al DPO aziendale, con riferimento agli strumenti tecnologici necessari all'esecuzione delle funzioni richieste dal GDPR quali la *Compliance Check*, la DPIA (*Data Protection Impact Assesment*), *Data Breach* (cfr. Deliberazione del DG n. 1419 del 23.10.2023).

Il RPD dell'ASL Salerno è la società Scudo Privacy s.r.l., nella persona dell'avv. Sarah Masato (indirizzo di posta elettronica: dpo@scudoprivacysrl.com).

Anno 2024

Con Deliberazioni del Direttore Generale n. 1685 del 07/11/2024 e n. 1903 del 13/12/2024 questa Azienda ha rispettivamente adottato il nuovo Protocollo aziendale privacy che disciplina le modalità procedurali aziendali per la notifica delle violazioni dei dati personali, in conformità a quanto stabilito dagli artt. 33-34 del regolamento UE 2026/679 ed ha approvato la Policy "*informazioni privacy per gli utenti e i pazienti*", al fine di fornire al personale dipendente e/o ai soggetti che, a qualunque titolo, devono procedere alla somministrazione delle informazioni privacy al soggetto interessato (utente/paziente) idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del GDPR, sulle corrette modalità di raccolta e trattamento dei dati personali c.d. comuni ex art. 6 GDPR e/o dati rientranti nella particolare categoria di dati ex art.9 GDPR.

Le suddette figure operano in raccordo con il RPCT, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, senza sovrapposizione di ruoli o funzioni, contribuendo al rafforzamento complessivo dei presìdi di legalità, trasparenza e corretto funzionamento dell'organizzazione aziendale.

2.3.14 Collegamento con il ciclo della performance e con il PIAO

L'efficacia delle attività di prevenzione e contrasto della corruzione poste in essere dall'ASL Salerno è strettamente connessa al coinvolgimento attivo di tutto il personale e alla piena integrazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con gli altri strumenti di programmazione strategica e operativa dell'Azienda.

In tale prospettiva, il PTPCT è coordinato con il ciclo della performance e con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026–2028, in particolare con riferimento agli obiettivi strategici e operativi, agli indicatori di risultato e ai sistemi di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale.

Il collegamento tra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance consente di rafforzare l'effettiva attuazione del Piano, valorizzando il rispetto delle misure anticorruzione e di trasparenza anche ai fini della valutazione dei risultati conseguiti, in coerenza con le indicazioni normative e con il ruolo di verifica e raccordo svolto dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

2.3.15 Il processo di gestione del rischio di corruzione

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) fornisce indicazioni metodologiche di riferimento per la gestione del rischio di corruzione, che le amministrazioni sono tenute ad applicare in modo coerente e proporzionato alle proprie caratteristiche organizzative e funzionali.

Il processo di gestione del rischio di corruzione è concepito come un processo continuo e dinamico ed è articolato nelle seguenti fasi:

1. analisi del contesto esterno;

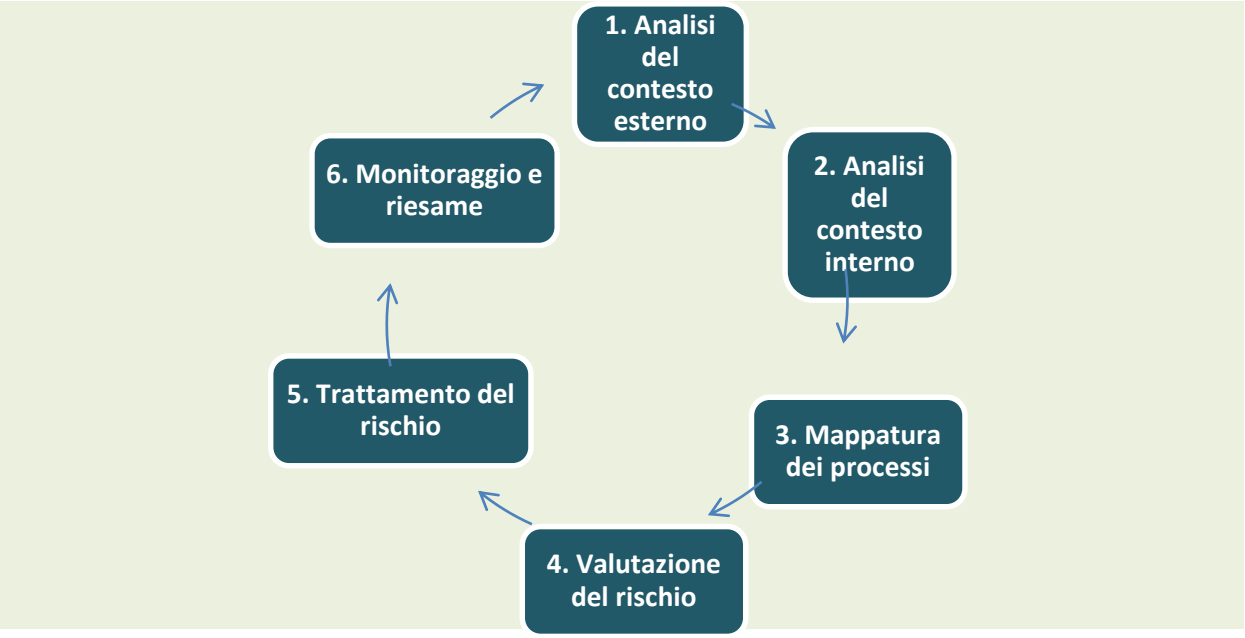
2. analisi del contesto interno;

3. mappatura dei processi;

4. valutazione del rischio;

5. trattamento del rischio;

6. monitoraggio e riesame.



Le suddette fasi sono tra loro interconnesse e si alimentano reciprocamente, consentendo un aggiornamento costante delle misure di prevenzione in relazione all'evoluzione del contesto normativo, organizzativo e operativo dell'Azienda.

Il processo di gestione del rischio è integrato con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e con gli altri strumenti di programmazione aziendale, in particolare con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con il ciclo della performance, al fine di garantire l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione e il miglioramento continuo del sistema di controllo interno.

2.3.16 L' analisi del contesto

Attraverso l'analisi del contesto, l'Amministrazione acquisisce le informazioni necessarie a individuare e comprendere i fattori che possono incidere sul livello di esposizione al rischio di corruzione, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente esterno in cui opera, sia alla propria organizzazione, ai processi e alle attività svolte (contesto interno).

L'analisi del contesto costituisce una fase propedeutica e fondamentale del processo di gestione del rischio, in quanto orienta la successiva mappatura dei processi, la valutazione dei rischi corruttivi e la definizione delle misure di prevenzione più idonee.

Tale analisi non ha carattere statico, ma viene aggiornata periodicamente, tenendo conto dell'evoluzione del quadro normativo, istituzionale e organizzativo, nonché delle eventuali criticità emerse nell'attuazione del Piano.

2.3.16.1 Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è finalizzata all'individuazione e alla valutazione dei fattori ambientali, economici, sociali e istituzionali che possono incidere sul livello di esposizione dell'Azienda al rischio di corruzione, in relazione al territorio di riferimento e al settore sanitario in cui l'ASL Salerno opera.

Tale analisi considera, in particolare, le principali dinamiche territoriali e settoriali, nonché le relazioni con i soggetti esterni e gli stakeholder, al fine di individuare eventuali pressioni, influenze o condizioni che possano favorire il verificarsi di eventi corruttivi o di comportamenti non conformi ai principi di legalità e trasparenza.

Dal punto di vista operativo, l'analisi del contesto esterno si articola in due fasi principali:

– l'acquisizione di dati e informazioni ritenuti rilevanti rispetto alle caratteristiche del territorio e del settore di riferimento;

– l'interpretazione degli stessi ai fini della rilevazione e della valutazione del rischio corruttivo.

La selezione dei dati e delle informazioni da utilizzare è ispirata ai criteri della rilevanza e della proporzionalità, privilegiando un adeguato bilanciamento tra completezza e sintesi, al fine di focalizzare l'attenzione sugli elementi effettivamente utili a orientare la mappatura dei processi, l'individuazione delle aree di rischio prioritario e la definizione di misure di prevenzione mirate.

L'analisi del contesto esterno fornisce, pertanto, un contributo essenziale alla costruzione di una strategia di prevenzione della corruzione coerente con le specificità territoriali e settoriali dell'Azienda.

2.3.16.2 Criteri e fonti per la valutazione del rischio corruttivo

La valutazione del rischio corruttivo non si fonda su una misurazione diretta del fenomeno della corruzione, ma sull'analisi sistematica di informazioni, dati e indicatori utili a individuare le aree e i processi maggiormente esposti a potenziali eventi corruttivi, secondo l'approccio basato sul rischio promosso dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'ASL Salerno, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, utilizza un insieme integrato di fonti informative e di elementi conoscitivi, tra cui:

– dati di contesto normativo e istituzionale;

– informazioni relative all'organizzazione interna e ai processi aziendali;

– esiti delle attività di monitoraggio e controllo interno;

– segnalazioni, rilievi e criticità emerse nel corso dell'attuazione del Piano;

– elementi desumibili da fonti pubbliche e istituzionali, ove rilevanti.

Tali elementi sono analizzati e interpretati al fine di orientare la mappatura dei processi, la valutazione del livello di rischio e la definizione delle misure di prevenzione più adeguate, evitando approcci meramente descrittivi o basati su indicatori astratti non direttamente applicabili al contesto organizzativo dell'Azienda.

La valutazione del rischio è pertanto finalizzata esclusivamente alla prevenzione e alla gestione dei potenziali fenomeni corruttivi e non alla misurazione statistica del fenomeno della corruzione in senso generale.

2.3.17 Il contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali dell'Azienda che possono incidere sul livello di esposizione al rischio di corruzione e sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

In particolare, l'analisi è volta a far emergere:

– il sistema delle responsabilità, con riferimento alla distribuzione delle competenze, ai livelli decisionali e ai rapporti tra le diverse strutture aziendali;

– il livello di complessità organizzativa dell'ASL Salerno, anche in relazione all'estensione territoriale, alla pluralità dei processi gestiti e alla presenza di soggetti esterni che operano per conto dell'Azienda.

Tali elementi incidono in modo significativo sulla capacità dell'Amministrazione di attuare in modo efficace il sistema di prevenzione della corruzione e di garantire adeguati livelli di controllo, tracciabilità e separazione delle funzioni.

Tenuto conto dell'articolazione territoriale dell'ASL Salerno e della presenza di personale convenzionato e di strutture private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Azienda ha rafforzato i presìdi di controllo interno ed esterno.

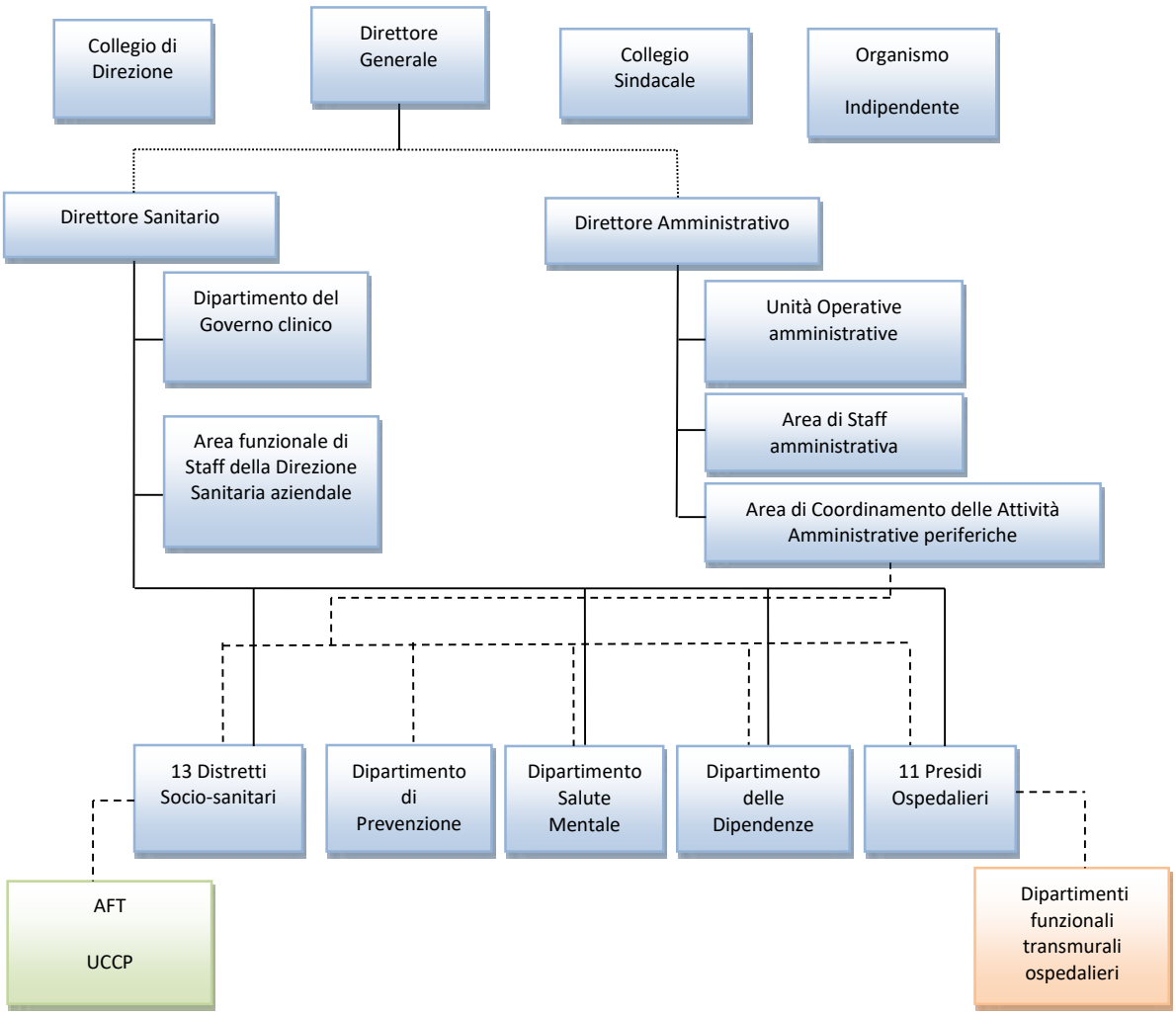
In particolare, con deliberazione del Direttore Generale n. 425 del 13/04/2023 sono state adottate le "Procedure aziendali di verifiche e controlli esterni per i Distretti Sanitari", finalizzate a garantire un più articolato monitoraggio delle attività svolte sul territorio e a ridurre il rischio di irregolarità e fenomeni corruttivi.

2.3.18 La struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'ASL Salerno costituisce il quadro di riferimento per l'individuazione delle responsabilità, dei processi decisionali e dei flussi operativi rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il modello organizzativo dell'Azienda è rappresentato nell'organigramma aziendale, che fornisce una sintesi dell'articolazione delle strutture e delle relative competenze e che è utilizzato, nel presente Piano, quale strumento di supporto all'analisi dei processi e alla valutazione del rischio corruttivo.

ORGANIGRAMMA ASL SALERNO



Per una descrizione puntuale e aggiornata del contesto organizzativo aziendale si rinvia:

– all'Atto Aziendale dell'ASL Salerno, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1306 del 13/08/2024 e approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 461 del 12/09/2024 e successive modificazioni;

– alla Carta dei Servizi dell'ASL Salerno;

– alle ulteriori sezioni del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Si evidenzia che, in attuazione dell'Atto Aziendale, è in corso un processo di riorganizzazione dell'assetto dell'Azienda, che non incide sulla validità e sull'efficacia del presente Piano. Eventuali aggiornamenti organizzativi rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione saranno recepiti nei successivi aggiornamenti del PTPCT.

2.3.19 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi consiste nell'individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi dell'Azienda ed è finalizzata a rappresentare in modo sistematico le attività svolte, le relative fasi, le responsabilità coinvolte e le interazioni tra i diversi processi.

Nel presente Piano, la mappatura dei processi assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi, secondo un approccio basato sui processi e coerente con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi:

1. identificazione dei processi, riferita all'intero complesso delle attività svolte dall'Azienda, evitando approcci selettivi non supportati da un'analisi strutturata;

2. descrizione dei processi, finalizzata a comprenderne le modalità di svolgimento attraverso l'analisi delle attività e delle fasi che li compongono;

3. rappresentazione dei processi, mediante modalità idonee (grafica o tabellare), funzionali alla successiva valutazione del rischio.

Ai fini della descrizione dei processi sono considerati, in particolare:

– gli elementi di ingresso (input);

– i risultati attesi (output);

– la sequenza delle attività e delle fasi;

– le responsabilità connesse;

– i tempi di svolgimento;

– i vincoli e le risorse coinvolte;

– le interrelazioni con altri processi;

– le eventuali criticità.

Sulla base della mappatura dei processi, il presente PTPCT individua le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, tenendo conto delle specificità organizzative e funzionali dell'ASL Salerno.

2.3.19.1 Principali aree di attività considerate a rischio

Le principali aree di attività considerate a rischio ai fini del presente Piano sono:

– acquisizione e gestione del personale;

– attività di vigilanza, controllo e ispezione;

– attività legale e procedimenti sanzionatori;

– attività libero-professionali e gestione delle liste di attesa;

– contratti pubblici;

– rapporti contrattuali con soggetti privati accreditati;

– farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, inclusi ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;

– gestione delle entrate, delle spese e delle risorse economico-finanziarie;

– gestione del patrimonio;

– incarichi e nomine;

– provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari, con o senza effetti economici;

– gestione dei fondi PNRR e dei fondi strutturali.

2.3.20 La valutazione del rischio

La valutazione del rischio costituisce una fase centrale del processo di gestione del rischio corruttivo ed è finalizzata a individuare le priorità di intervento e a orientare la definizione delle misure organizzative di prevenzione e mitigazione dei rischi.

La valutazione del rischio si articola nelle seguenti fasi:

– identificazione del rischio, volta a individuare gli eventi e i comportamenti che possono verificarsi in relazione ai processi dell'Azienda e attraverso i quali può concretizzarsi il rischio di corruzione. Tale fase conduce alla progressiva costruzione di un elenco strutturato degli eventi rischiosi riferiti ai processi mappati;

– analisi del rischio, finalizzata a comprendere in modo più approfondito gli eventi rischiosi individuati, anche attraverso l'analisi dei fattori che possono favorirne il verificarsi, e a stimare il livello di esposizione dei processi e delle attività al rischio. L'analisi è condotta secondo un approccio proporzionato alla complessità organizzativa dell'Azienda, mediante criteri di valutazione preventivamente definiti e adeguatamente motivati, privilegiando valutazioni qualitative o semi-qualitative;

– ponderazione del rischio, volta a stabilire le priorità di intervento e le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio, tenendo conto degli obiettivi dell'organizzazione e del contesto operativo di riferimento.

Ai fini della valutazione dell'esposizione al rischio possono essere utilizzati indicatori di rischio (key risk indicators) idonei a fornire indicazioni sintetiche sul livello di rischio associato ai singoli processi o alle relative attività.

A titolo esemplificativo, le principali fonti informative utilizzate per l'identificazione e l'analisi degli eventi rischiosi sono costituite da:
– le risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno;
– gli esiti della mappatura dei processi;
– eventuali casi giudiziari, segnalazioni o episodi di irregolarità verificatisi nell'Azienda o in contesti organizzativi analoghi;
– il confronto con i responsabili delle strutture e con il personale coinvolto nei processi;
– le risultanze delle attività di monitoraggio svolte dal RPCT e degli altri presìdi di controllo interno;
– le segnalazioni ricevute attraverso i canali di segnalazione interna;

- – le indicazioni e le esemplificazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione per il settore di riferimento.

2.3.21 Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, nella progettazione e nella programmazione delle misure di prevenzione finalizzate a ridurre e gestire il rischio corruttivo individuato a seguito delle fasi di mappatura dei processi e di valutazione del rischio.

Le misure di prevenzione si distinguono in:

– misure generali, che intervengono in modo trasversale sull'intera organizzazione e incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, caratterizzandosi per una maggiore stabilità nel tempo;

– misure specifiche, che si affiancano alle misure generali e sono finalizzate a prevenire rischi puntuali riferiti a singoli processi o attività, tenendo conto delle specificità organizzative e operative dell'Azienda.

Il trattamento del rischio è attuato secondo un approccio proporzionato al livello di esposizione individuato e si articola nelle seguenti fasi:

a) individuazione delle misure generali e specifiche, mediante la verifica della presenza e dell'adeguatezza delle misure già in essere, valutandone il grado di attuazione e la capacità di incidere sui fattori che abilitano il rischio;

b) programmazione delle misure, attraverso la definizione delle modalità di attuazione, delle tempistiche, delle responsabilità connesse e degli indicatori di monitoraggio, al fine di consentire la verifica periodica dell'efficacia delle misure adottate e il loro eventuale aggiornamento.

Il trattamento del rischio è integrato con gli altri strumenti di programmazione aziendale e si inserisce in un processo dinamico di monitoraggio e riesame, volto al miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione.

2.3.22 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase essenziale del processo di gestione del rischio corruttivo e sono finalizzati a verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione individuate, nonché la loro adeguatezza rispetto al livello di rischio rilevato e all'evoluzione del contesto normativo, organizzativo e operativo dell'Azienda.

Il monitoraggio consente di valutare il funzionamento complessivo del sistema di prevenzione della corruzione e di individuare tempestivamente eventuali criticità, scostamenti o esigenze di aggiornamento del Piano.

A tal fine si distinguono due principali sottofasi:

– il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio, volto a verificare il grado di realizzazione delle misure programmate, il rispetto delle tempistiche e l'assunzione delle responsabilità previste;
– il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, finalizzato a valutare l'efficacia delle misure adottate nel ridurre l'esposizione al rischio e a individuare eventuali necessità di integrazione, modifica o sostituzione delle stesse.

Il monitoraggio e il riesame sono coordinati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il coinvolgimento delle strutture competenti, e costituiscono presupposto per l'aggiornamento del PTPCT, nonché per la predisposizione della relazione annuale sull'attività svolta.

2.3.22.1 Consultazione degli stakeholder e comunicazione del PTPCT

Nell'ambito del processo di gestione del rischio di corruzione, la consultazione degli stakeholder e la comunicazione rappresentano fasi trasversali e strategiche, finalizzate a migliorare la qualità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a rafforzarne l'effettiva attuazione.

La consultazione consente all'Azienda di acquisire contributi informativi, osservazioni e proposte utili a personalizzare le misure di prevenzione, tenendo conto delle specificità organizzative, operative e territoriali dell'ASL Salerno, nonché delle aspettative e delle esigenze dei soggetti portatori di interessi rilevanti.

In coerenza con le indicazioni metodologiche fornite dall'ANAC nei Piani Nazionali Anticorruzione e con il principio di partecipazione amministrativa, la fase di consultazione e comunicazione si articola nelle seguenti attività:

– attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, dirigenti, organi di indirizzo, organismi di controllo) ed esterni (cittadini, associazioni, organizzazioni sindacali, enti e istituzioni) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda;

– attività di comunicazione interna ed esterna finalizzate a diffondere la conoscenza del PTPCT, delle misure adottate, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione, nonché dei risultati attesi e conseguiti.

La consultazione e la comunicazione concorrono altresì a rafforzare la trasparenza, la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e la fiducia degli stakeholder nei confronti dell'azione amministrativa, costituendo un elemento di raccordo tra il PTPCT, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e il ciclo della performance.

Gli esiti delle attività di consultazione e comunicazione sono presi in considerazione in sede di aggiornamento annuale del PTPCT e di riesame del sistema di prevenzione della corruzione, al fine di assicurare il miglioramento continuo dell'efficacia delle misure adottate.

2.3.23 Le misure generali di prevenzione della corruzione

2.3.23.1 Il codice di comportamento

Il Codice di comportamento costituisce una misura generale fondamentale del sistema di prevenzione della corruzione, in quanto disciplina i doveri di comportamento dei dipendenti e dei dirigenti, orientandone l'azione alla tutela dell'interesse pubblico, ai principi di legalità, imparzialità, trasparenza e correttezza dell'azione amministrativa.

Le amministrazioni pubbliche sono tenute a dotarsi di un proprio Codice di comportamento, adottato mediante procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che integri e specifichi, in relazione alle caratteristiche organizzative e funzionali dell'Ente, i doveri previsti dal Codice nazionale di cui al D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 e ss.mm.ii.

Il Codice di comportamento rappresenta una delle principali misure di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione ed è parte integrante del PTPCT, con il quale è elaborato in stretta sinergia. Esso si affianca alle misure organizzative e procedurali e concorre, unitamente al sistema dei controlli interni e al ciclo della performance, alla riduzione del rischio corruttivo.

Anno 2014
L'ASL Salerno ha approvato il proprio codice di comportamento con Delibera n. 336 del 24 marzo 2014.
Con Deliberazione n. 336 del 24 marzo 2014 l'ASL Salerno ha approvato il proprio Codice di comportamento.
Anno 2020
Con Deliberazione n. 1283 del 30 novembre 2020 è stato adottato, in via preliminare, un nuovo Codice di comportamento, in attuazione delle Linee guida ANAC n. 358/2017 e n. 177/2020. Il Codice è stato sottoposto a procedura aperta alla partecipazione pubblica.
Anno 2021
Con Deliberazione del Direttore Generale n. 426 del 7 aprile 2021 è stato approvato in via definitiva il Codice di comportamento dell'ASL Salerno, pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali – Codice disciplinare e codice di condotta".
Anno 2022
È stato attivato uno specifico corso di formazione in modalità FAD, rivolto al personale dipendente, finalizzato alla diffusione dei contenuti del Codice e alla sensibilizzazione sugli obblighi del dipendente pubblico.

Anno 2023
A seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 81 del 14 luglio 2023, è stato predisposto il regolamento di aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, con particolare riferimento all'utilizzo delle tecnologie informatiche, ai social media, ai rapporti con il pubblico, ai doveri dei dirigenti e alla formazione.

Anno 2024
Sono state previste specifiche iniziative formative finalizzate all'adeguamento delle condotte del personale alle disposizioni introdotte dal D.P.R. n. 81/2023.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno si impegna a completare l'adeguamento del Codice di comportamento alle disposizioni del D.P.R. n. 81/2023, a rafforzarne la diffusione mediante percorsi formativi periodici e a monitorarne l'effettiva applicazione, anche ai fini della valutazione della performance individuale e organizzativa.

2.3.23.2 Le misure di disciplina del conflitto di interessi

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

Il conflitto può essere:

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

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

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

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

Rappresentano casi di conflitto di interessi:

- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente rilascia concessioni, autorizzazioni, nulla-osta o atti di assenso comunque denominati;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti di beni e servizi per l'ASL, relativamente ai dipendenti di strutture che partecipano, a qualunque titolo, all'individuazione del fornitore;
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti privati che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'ASL, in relazione alle competenze della struttura di assegnazione del dipendente, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi lavorativi o professionali affidati a ex dipendenti ASL, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolti presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (incompatibilità successiva o "pantouflage");
- gli incarichi che vengono svolti a favore di soggetti verso cui la struttura di assegnazione del dipendente svolge funzioni di controllo, vigilanza, ispettive o sanzionatorie, salve le ipotesi espressamente autorizzate dalla legge;
- gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'ASL, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illecita di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
- gli incarichi e attività per i quali l'incompatibilità è prevista dal D.lgs. 39/2013 o da altre disposizioni di legge (inconferibilità e incompatibilità);
- gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga all'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6 del D.Lgs n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"[1], presentano una situazione di conflitto di interessi.
- In generale, tutti gli incarichi che per la natura o l'oggetto dell'incarico possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

[1] Secondo il Comma 6 D.Lgs. 165/2001, gli incarichi che rientrano nelle ipotesi di deroga sono:
a) la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
b) la utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
c) la partecipazione a convegni e seminari;
d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;
f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita;
f-bis) attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.

Come ulteriore misura di contrasto al conflitto di interessi, l'ASL Salerno inserisce negli schemi di Deliberazione e di Determinazione Dirigenziale una clausola di stile, sottoscritta dal dirigente che propone l'atto deliberativo o che adotta la determinazione che esprime un richiamo generale all'osservanza di tutte le disposizioni previste dalla L. 190/2012 e ss.mm.ii. e che richiama il rispetto dell'art. 6 bis della L. 241/90 e degli artt. 6 e7 del DPR n.62/2013.
L'assenza di conflitto di interesse viene, altresì, dichiarata in sede di costituzione di commissioni di gara per l'area di rischio Contratti Pubblici e per i conflitti di interesse nei processi di *e-procurement* in sanità, aumentando il grado di sensibilizzazione di tutti gli operatori che a diverso titolo partecipano alle diverse fasi del processo di approvvigionamento (ad. esempio DEC, RUP e personale tutto assegnato alle strutture competenti).

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

A completamento della disciplina generale, il legislatore prima con l'art. 42 del D. Lgs n. 50/2016 e successivamente con l'art. 16 del Nuovo Codice Appalti (D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii) ha dettato disposizioni specifiche volte ad accertare in modo puntuale l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di appalto stabilendo che "*si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione*".
Tale disciplina si applica:

- ai contratti di appalto e concessioni pubbliche, sopra o sottosoglia nei settori ordinari e speciali sia nella fase di a gara che in quella esecutiva,
- a tutti i soggetti che intervengono in qualsiasi fase della procedura di affidamento e di esecuzione con compiti funzionali che implichino esercizio della funzione amministrativa (con esclusione di mansioni meramente materiali o di ordine (cfr., Relazione illustrativa del Consiglio di stato al Codice, nonché PNA 2022 ANAC).

Anno 2024
L'ASL Salerno, in attuazione di quanto previsto dall'ANAC nel PNA 2022, nell'ambito dell'attività periodica di vigilanza e monitoraggio sulla effettiva attuazione e sull'adempimento delle misure volte al contrasto della corruzione in materia di contratti pubblici, ha elaborato ed inviato a tutte le strutture interessate un esempio di modello di dichiarazione per individuare anticipatamente possibili ipotesi di conflitto di interessi del personale inserito e coinvolto nei processi di acquisizione di beni, lavori e servizi, quale RUP, quale punto istruttore e punto ordinante. (*cfr. nota RPCT prot. 0217491 -2024*).
Tale dichiarazione di assenza di conflitto di interessi deve essere resa all'atto di assegnazione all'Ufficio ed aggiornata per ciascuna procedura di gara (compresa la fase esecutiva) con informazioni significative in relazione all'oggetto dell'affidamento.

2.3.23.3 Inconferibilità/Incompatibilità di incarichi

Nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, assumono particolare rilievo le disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extra-ufficio dei dipendenti pubblici, in quanto strettamente connesse al dovere di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione, di cui all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001.

Tali disposizioni sono finalizzate a prevenire situazioni di condizionamento improprio, provenienti sia dalla sfera politica sia dal settore privato, e a ridurre il rischio che lo svolgimento di attività esterne possa compromettere l'imparzialità dell'azione amministrativa o agevolare la precostituzione di posizioni di vantaggio funzionali all'ottenimento di incarichi o benefici indebiti.

La disciplina distingue, da un lato, le regole generali in materia di incarichi extra-ufficio e cumulo di impieghi applicabili al personale dipendente e, dall'altro, la disciplina speciale in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e assimilati, dettata dal D. Lgs. 39/2013, che introduce specifici requisiti di onorabilità e moralità e il divieto di conferimento di incarichi in presenza di condanne, anche non definitive, per reati contro la pubblica amministrazione.

La violazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità comporta la nullità degli atti di conferimento e la risoluzione dei relativi contratti, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 39/2013.

Come chiarito dall'ANAC (Deliberazioni n. 149/2014, n. 1146/2019 e n. 1201/2019) e dalla giurisprudenza amministrativa (Consiglio di Stato, Sez. III, sentenza n. 5583/2014), le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità presso le Aziende Sanitarie Locali trovano applicazione con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Le relative dichiarazioni sono acquisite annualmente ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 e pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda.

A gennaio 2023 l'ANAC ha emanato la "Guida all'applicazione della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi", quale strumento di indirizzo interpretativo volto ad assicurare un'applicazione uniforme e coerente della disciplina.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno assicura il mantenimento e il rafforzamento delle misure di prevenzione in materia di incompatibilità e incarichi extra-ufficio, attraverso il monitoraggio periodico delle dichiarazioni rese, il coordinamento con il Codice di comportamento e con il sistema dei controlli interni, nonché mediante attività informative e formative rivolte al personale interessato.

2.3.23.4 Formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

In attuazione dell'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001, introdotto dalla L. 190/2012, è fatto divieto ai soggetti che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale, di svolgere determinate funzioni particolarmente esposte al rischio di fenomeni corruttivi.

In particolare, tali soggetti 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 alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o all'attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

– far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, nonché di commissioni competenti per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il divieto opera automaticamente ed è finalizzato a garantire l'imparzialità dell'azione amministrativa e a prevenire situazioni di rischio corruttivo nelle fasi di selezione del personale, di affidamento di contratti pubblici e di gestione delle risorse economiche.

L'Azienda assicura l'applicazione della disposizione mediante verifiche preventive in sede di nomina delle commissioni e di assegnazione del personale agli uffici maggiormente esposti al rischio, in coordinamento con le strutture competenti in materia di risorse umane e con il sistema dei controlli interni.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno conferma l'applicazione sistematica delle disposizioni di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001, rafforzando le procedure di verifica preventiva e di monitoraggio, anche attraverso l'integrazione con il Codice di comportamento e con le misure di prevenzione previste dal presente PTPCT.

2.3.23.5 Gli incarichi extraistituzionali

La disciplina degli incarichi extraistituzionali dei dipendenti pubblici costituisce una misura generale di prevenzione della corruzione, strettamente connessa al dovere di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione e finalizzata a prevenire situazioni di conflitto di interessi e di compromissione dell'imparzialità dell'azione amministrativa.

In via generale, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo, né svolgere attività che presentino caratteri di abitualità e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, salvo i casi espressamente previsti dalla legge.

La possibilità di svolgere incarichi retribuiti conferiti da soggetti pubblici o privati è disciplinata dall'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, che prevede un regime di autorizzazione preventiva da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, tenendo conto della specifica professionalità del dipendente e del principio di buon andamento, al fine di evitare interferenze con i compiti istituzionali o pregiudizi all'adempimento dei doveri d'ufficio.

Resta escluso dal regime di autorizzazione lo svolgimento degli incarichi indicati alle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha effettuato una valutazione preventiva di non incompatibilità.

Il dipendente è comunque tenuto a comunicare all'amministrazione l'attribuzione di incarichi gratuiti; tali incarichi sono soggetti agli obblighi di comunicazione al Dipartimento della Funzione Pubblica e concorrono alle finalità di trasparenza e prevenzione del conflitto di interessi.

Le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con indicazione della durata e del compenso, ai sensi del D. Lgs. 33/2013.

La violazione della disciplina in materia di incarichi extraistituzionali comporta, nei casi previsti, responsabilità amministrativo-contabile per danno erariale, con obbligo di riversamento dei compensi indebitamente percepiti e competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno assicura l'applicazione uniforme della disciplina in materia di incarichi extraistituzionali, il monitoraggio delle autorizzazioni rilasciate, il coordinamento con il Codice di comportamento e con le misure di prevenzione del conflitto di interessi, nonché il rispetto degli obblighi di pubblicità e trasparenza previsti dalla normativa vigente.

Anno 2024
Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1309 del 13 agosto 2024 l'ASL Salerno ha adottato il "Regolamento recante la definizione dei criteri per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività extra officio al personale dipendente appartenente alle Professioni Sanitarie", quale strumento attuativo della disciplina normativa e contrattuale vigente.

2.3.23.6 Divieti *post-employement* (*Pantouflage*)

Il divieto di pantouflage costituisce una misura generale di prevenzione della corruzione finalizzata a impedire fenomeni di indebita commistione tra settore pubblico e settore privato e a prevenire il rischio che l'esercizio di funzioni pubbliche possa essere condizionato dalla prospettiva di futuri incarichi o rapporti di lavoro.

Ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. 165/2001, è fatto divieto ai dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di una pubblica amministrazione di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Il divieto opera indipendentemente dalla causa di cessazione del rapporto di lavoro ed è finalizzato sia a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente pubblico, sia a prevenire possibili pressioni o condizionamenti da parte di soggetti privati interessati all'attività amministrativa.

In caso di violazione del divieto, la normativa prevede specifiche conseguenze sanzionatorie: i contratti di lavoro e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; i soggetti privati che abbiano concluso contratti o conferito incarichi in violazione non possono contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e sono tenuti alla restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

Ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 39/2013, come ribadito dall'Approfondimento dedicato del PNA 2022–2024, i divieti di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 si applicano anche ai titolari di incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni ed esterni, nonché agli amministratori di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

La materia del pantouflage è stata oggetto di consolidati orientamenti giurisprudenziali e di interventi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione. Il PNA 2022 attribuisce ad ANAC poteri di vigilanza e consultivi; la

giurisprudenza amministrativa e civile ha confermato la competenza dell'Autorità anche all'accertamento delle violazioni e all'applicazione delle relative sanzioni.

Anno 2025
Nel corso dell'anno l'ASL Salerno ha rafforzato le attività di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale interessato, mediante la diffusione di indicazioni operative e circolari interne, finalizzate a prevenire l'insorgenza di situazioni riconducibili al divieto di pantouflage in fase di cessazione del rapporto di lavoro.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno assicura il presidio sistematico della misura di prevenzione del pantouflage attraverso il coordinamento con le procedure di cessazione del rapporto di lavoro, con la disciplina degli incarichi extraistituzionali e con le misure di prevenzione del conflitto di interessi, nonché mediante attività di informazione, monitoraggio e supporto interpretativo.

2.3.23.7 La formazione nell'ambito del PTPCT

La formazione in materia di etica, integrità, trasparenza e prevenzione della corruzione costituisce una misura generale e strutturale di prevenzione del rischio corruttivo, in conformità a quanto previsto dalla legge n. 190/2012 e dalle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'ANAC, in particolare nel PNA 2022–2024, individua la formazione quale strumento essenziale per rafforzare la cultura della legalità e per garantire l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione, richiedendo che essa sia continua, differenziata in relazione ai livelli di responsabilità e proporzionata al rischio connesso alle funzioni svolte.

In tale ambito, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza individua, in raccordo con l'Organo di indirizzo e con i dirigenti competenti, i fabbisogni formativi e le categorie di destinatari degli interventi, assicurando il coordinamento con la UOC Formazione e Aggiornamento e il monitoraggio dell'attuazione delle iniziative previste, senza sovrapporsi alle competenze gestionali della struttura deputata alla formazione.

Anno 2022 - 2023
Corso di formazione FAD "*La diffusione del Codice di Comportamento all'interno della PA e gli obblighi del dipendente pubblico*" messo a disposizione del personale dipendente dell'ASL anche in forma obbligatoria; "*Il codice dei Contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi*" rivolto al personale con Funzioni di RUP.
È stata prevista la continuazione del predetto corso in modalità FAD "*Il codice dei Contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi*" rivolto al personale con Funzioni di RUP.
Inoltre è stata segnalata al personale dipendente la possibilità di fruizione sulla piattaforma nazionale *pianoformazionerup.org* del corso gratuito "*il RUP secondo il nuovo contratto sugli appalti*" in modalità FAD. Inoltre il personale è stato coinvolto nel corso "*Intelligenza artificiale, pubblica amministrazione e anticorruzione*" tenutosi in presenza presso l'Università degli Studi di Salerno in data 06/10/2023.
Tenuto conto della dell'entrata in vigore del D.P.R. n. 81 del 14 luglio 2023 (Nuovo Codice di Comportamento), è prevista l'implementazione del Corso di Formazione FAD "*La diffusione e la condivisione del Codice di Comportamento interno nelle Aziende Sanitarie Locali e gli obblighi del dipendente pubblico*", già attivato nel 2022 e rivolto al personale della ASL.

È, altresì prevista l'implementazione del Corso di Formazione FAD dal titolo "*Il codice dei contratti pubblici: gli appalti di forniture e servizi*", rivolto al personale dell'ASL con funzioni di RUP, anche alla luce delle nuove disposizioni normative introdotte con il D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii..

Anno 2024

È stata attivata inoltre la formazione digitale rivolta ai dipendenti della Pubblica Amministrazione tramite il "*Progetto Syllabus*", finalizzato anche all'acquisizione e allo sviluppo di competenze digitale dei dipendenti.

Inoltre è stato organizzato un Corso di formazione obbligatorio rivolto a tutto il personale dipendente, denominato "*Privacy nella sanità: tra principi generali e applicazioni pratiche*", con l'obiettivo di fornire le nozioni principali sul tema della protezione dei dati personali ai sensi del regolamento Europeo UE n. 679/2016 (GDPR), con un particolare approfondimento sul tema della protezione dati personali in ambito sanitario, erogato sia in presenza che in modalità FAD asincrona.

Anno 2025

È stata segnalata al personale dipendente la possibilità di fruizione sulla piattaforma di piattaforma *e-learning* di Federsanità Academy, del corso gratuito in modalità a distanza, su "*Il Codice di Comportamento e la responsabilità disciplinare del personale sanitario*".

Sono stati inoltre previsti, di raccordo con l'UOC Formazione e Aggiornamento, giornate formative e/o corsi in modalità FAD in materia di Anticorruzione, Privacy e Etica Pubblica.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno assicura la continuità e il rafforzamento delle attività formative in materia di prevenzione della corruzione, con particolare attenzione alla formazione obbligatoria sui codici di comportamento, alla formazione specialistica nelle aree a più elevato rischio (contratti pubblici, PNRR, privacy, conflitto di interessi) e all'integrazione della formazione anticorruzione con il ciclo della performance e con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

2.3.23.8 La rotazione ordinaria del personale

La rotazione c.d. ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una tra le alternative misure fondamentali nell'ambito degli strumenti di prevenzione della corruzione.

La rotazione, salvo che non sia pregiudizievole per la continuità e la qualità del livello di attività che naturalmente riflette le specifiche competenze professionali acquisite, deve coinvolgere sia il personale destinatario di incarichi dirigenziali sia quello non dirigenziale, assegnatario della responsabilità dell'istruttoria dei procedimenti amministrativi.

Questo tipo di rotazione definita "ordinaria", si deve ritenere attuata e realizzata anche in caso di avvicendamenti dovuti alle fisiologiche dinamiche del rapporto lavorativo, e va distinta dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". La rotazione del personale deve essere considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare

dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti all'attribuzione a determinati dipendenti dello stesso identico insieme di funzioni.

L'alternanza, ove possibile, è una delle alternative misure che riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. In ambito sanitario, l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione delle specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico, come è noto, è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e soprattutto di expertise consolidate che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione. Anche gli incarichi amministrativi professionali e tecnici richiedono in molti casi competenze tecniche specialistiche nonché competenze acquisite; ragion per cui, le figure in grado di svolgere questo compito sono molto limitate all'interno dell'azienda. (art. 1, co 4, lett. e) e co.5 lett. b), l. 190/2012–Allegato 2 al PNA 2019-2021 - delibera ANAC 1134/2017). Proprio per questi incarichi vige l'opportunità che siano ricoperti da ASL Salerno – Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028 risorse in possesso di competenze tecniche specialistiche nonché di competenze acquisite tramite lo svolgimento di tutte le specifiche attività riguardante i singoli procedimenti di competenza; ragion per cui, è auspicabile che il personale assegnatario sia in possesso oltre che di titoli qualifica e competenze adeguate, anche di maggiore e specifica esperienza. Conseguentemente, come ribadito da ultimo dall'ANAC in un proprio comunicato (Fasc. UVMACT N. 1231/2024 –R.A.) "…considerate le rilevanti dimensioni dell'Azienda, in accordo alle indicazioni fornite dal PNA 2016, parte speciale VII, Sanità, potrebbero essere applicate le seguenti misure alternative:

- rotazione su base territoriale fra funzioni analoghe e non solo aziendale;

- segregazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli. Ad esempio, nel ciclo degli acquisti, si potrebbero distinguere le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), per incoraggiare il controllo reciproco;

- applicazione della misura della rotazione a processi decisionali brevi, come quelli relativi ad attività ispettive,

- incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione, anche mediante ricorso ad albi appositamente istituiti".

Alla luce delle considerazione appena evidenziate, e dunque al fine di dare seguito anche a quanto precisato dall' ANAC, per contemperare le varie esigenze di prevenzione con quella del mantenimento dei livelli di competenza professionali necessari per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico (si vedano per esempio le attività in corso quali quelle collegate al PNRR), questa Azienda ha inteso percorrere , in alternativa alla rotazione ordinaria - quando questa appaia inopportuna e dannosa e pregiudizievole per la continuità di procedimenti già intrapresi - altre misure come sopra evidenziate nelle aree a più alto rischio di corruzione. In alternativa alla rotazione, l'Azienda programmerà altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della

rotazione. Il fine deve essere quello di evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. Sono auspicabili le seguenti misure alternative:

- l'adozione di modalità di lavoro di gruppo,
- la scelta di formalizzare le attività su strumenti informatici;
- l'applicazione di metodiche di verifica della attività da parte dei Referenti e/o dei Responsabili del Procedimento e/o dei Dirigenti e altre misure capaci a garantire la correttezza delle attività lì dove non sia avverabile procedere alla rotazione ordinaria.

Tra le indicazioni fornite dall'Autorità, inoltre, vi è quella di rafforzare le misure di trasparenza – anche prevedendo:

- la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria – in relazione al processo rispetto al quale non è stata disposta la rotazione;
- di mettere in atto meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali e di valutazione al fine di evitare la concentrazione di più mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto

Tenuto conto di quanto appena descritto, è di evidenza che la rotazione, ove possibile ed opportuna, e le misure alternative innanzi descritte dovranno essere supportata da idonee e tempestive iniziative formative finalizzate ad istruire il personale non dirigenziale che dovrà subentrare nelle attività a rischio e quello che dovrà essere assegnato ad altre attività, anche in considerazione della complessità degli adempimenti già in corso (ad esempio, si veda la complessità ed il tecnicismo delle attività connesse al PNRR).

Ove possibile, la formazione viene erogata con la finalità di realizzare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere impiegate in una pluralità di settori, nei limiti delle possibilità assicurate al personale di comparto in organico, affinché questi conseguano le competenze e la preparazione necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata come area a rischio.

Nel caso in cui non sia possibile o strategicamente inopportuno applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale per giustificati fattori organizzativi, carenza di risorse, limiti di programmazione, complessità nel reperire personale con equivalente esperienza e competenza, l'Azienda applica la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento, tenuto conto delle misure alternative tra le quali quelle contenute nel Piano di Certificabilità del Bilancio (PAC) (cfr. paragrafo 23.10-iii, di cui al presente PTPCT, rubricato Piano di Certificabilità del Bilancio (PAC).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, d'intesa con i dirigenti competenti, verifica l'effettiva applicazione della rotazione ordinaria ove possibile e monitora la concreta attuazione delle misure alternative nei casi in cui la rotazione non risulti praticabile, segnalando eventuali criticità e proponendo correttivi organizzativi.

Nel triennio 2026–2028 l'ASL Salerno prevede l'attuazione della rotazione ordinaria del personale Dirigenziale e del personale del comparto titolare di funzioni di responsabilità, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto delle specificità organizzative dell'Azienda e dei vincoli soggettivi e soggettivi esistenti.

Nei casi in cui la rotazione non risulti concretamente attuabile, l'Azienda rafforza l'applicazione delle misure alternative previste dal presente Piano, assicurandone l'attuazione sistematica, il monitoraggio continuo e la tracciabilità delle attività svolte, nonché l'introduzione di ulteriori presidi organizzativi e di controllo interno , quali il potenziamento dei meccanismi di separazione delle funzioni, la formalizzazione delle procedure decisionali e l'intensificazione delle attività di vigilanza, con priorità per gli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo (Delibera DG n.169 del 08.02.2025 – Regolamento Aziendale della Funzione di Internal Audit – verifiche e controlli da parte del referente Audit sulle procedure PAC ad alto rischio corruttivo – Delibera DG n. 1504/2025 – Note interne con cui i Responsabili di struttura adottano azioni correttive nelle strutture individuate come a elevato rischio corruttivo).

2.3.23.9 La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria costituisce una misura di carattere cautelare e preventivo, distinta dalle sanzioni disciplinari, finalizzata a tutelare l'imparzialità dell'azione amministrativa e a prevenire il rischio di reiterazione di condotte corruttive o di condizionamenti impropri all'interno degli uffici.

Essa trova fondamento nella legge n. 190/2012, nel decreto legislativo n. 165/2001 e nelle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, da ultimo nel PNA 2022–2024, ed è attivabile in presenza di fatti o comportamenti che, pur non definitivamente accertati, risultino idonei a compromettere l'immagine di imparzialità e il buon andamento dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria può essere disposta anche in assenza di una sentenza definitiva di condanna, in presenza dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari ovvero di elementi oggettivi e circostanziati che evidenzino un concreto rischio per la correttezza dell'azione amministrativa.

La misura consiste in un provvedimento motivato dell'amministrazione con il quale:

– si dà atto che la permanenza del dipendente o del dirigente nell'ufficio di assegnazione può pregiudicare l'imparzialità e la credibilità dell'azione amministrativa;

– si individua un diverso ufficio o incarico al quale il dipendente viene assegnato, mediante trasferimento di sede o attribuzione di diverso incarico nella medesima sede, purché tale assegnazione sia idonea a interrompere ogni collegamento con il procedimento, l'attività o il contesto organizzativo interessato.

Pur non avendo natura sanzionatoria, la rotazione straordinaria incide sul rapporto di lavoro e richiede pertanto il rispetto delle garanzie procedimentali essenziali, tra cui il diritto al contraddittorio dell'interessato, che può essere assicurato anche in forma contestuale o successiva all'adozione del provvedimento, compatibilmente con l'esigenza di tempestività della misura.

Il provvedimento di rotazione straordinaria è soggetto alle ordinarie forme di tutela giurisdizionale ed è impugnabile dinanzi al giudice competente, amministrativo o ordinario, in relazione alla natura del rapporto di lavoro.

L'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione della rotazione straordinaria, la sua durata, le modalità di attuazione e le eventuali misure alternative in caso di oggettiva impossibilità sono disciplinati in conformità alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione, con particolare riferimento al PNA 2022–2024.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge un ruolo di impulso e di supporto all'organo competente, segnalando le situazioni che rendano opportuna l'adozione della misura e monitorandone l'effettiva attuazione.

2.3.23.10 La tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)

La tutela del dipendente pubblico che segnala violazioni o illeciti costituisce una misura fondamentale del sistema di prevenzione della corruzione ed è attualmente disciplinata dal decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della direttiva (UE) 2019/1937, nonché dall'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001, come integrato dalla normativa sopravvenuta.

La disciplina del whistleblowing è finalizzata a favorire l'emersione di condotte illecite o irregolari, garantendo un elevato livello di tutela al segnalante, sia sotto il profilo della riservatezza dell'identità, sia sotto quello della protezione da atti ritorsivi.

Per whistleblower si intende il dipendente pubblico, o soggetto equiparato ai sensi di legge, che segnala violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea, ovvero comportamenti, atti od omissioni lesivi dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

Le tutele previste dalla normativa si applicano a condizione che:

– il segnalante rientri tra i soggetti tutelati dal d.lgs. n. 24/2023;

– la segnalazione sia effettuata nel contesto lavorativo;

– la segnalazione riguardi violazioni rilevanti ai sensi della normativa vigente;

– il segnalante abbia fondato motivo di ritenere vere le informazioni segnalate.

La segnalazione può essere effettuata attraverso:

– il canale interno dell'Azienda, appositamente predisposto;

– il canale esterno, gestito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);

– la divulgazione pubblica, nei casi e alle condizioni tassativamente previste dalla legge.

L'ASL Salerno si è dotata di una piattaforma informatica dedicata alla gestione delle segnalazioni, conforme ai requisiti di sicurezza e riservatezza previsti dalla normativa vigente. Il soggetto incaricato della gestione delle segnalazioni opera nel rispetto dei principi di indipendenza, riservatezza e imparzialità.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio del sistema di whistleblowing, nonché di verifica dell'adeguatezza delle misure di tutela, senza pregiudizio delle competenze dei soggetti formalmente incaricati della gestione delle segnalazioni.

Segnalazioni anonime

Le segnalazioni anonime sono prese in considerazione qualora risultino adeguatamente circostanziate e fondate su elementi di fatto precisi e concordanti. In tali casi, l'Azienda valuta l'opportunità di darvi seguito secondo le modalità ritenute più idonee.

È fatto divieto di porre in essere atti ritorsivi nei confronti del segnalante, ivi comprese sanzioni disciplinari, demansionamenti, trasferimenti, valutazioni negative o altre misure aventi effetti pregiudizievoli. Ogni atto ritorsivo è nullo ai sensi di legge.

L'Azienda assicura adeguate attività di informazione e formazione sul funzionamento del sistema di whistleblowing e sulle tutele previste, al fine di favorire una cultura della legalità e della responsabilità.

Anno 2020

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

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

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

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

Anno 2022 e Anno 2023

Nel corso del 2022 e del 2023 si è proceduto all'implementazione della piattaforma on line per la segnalazione degli illeciti e irregolarità o comunicazioni ritorsive ai sensi del D. Lgs. 165/2001, anche alla luce dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, di attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019.

Tra le novità di particolare rilevanza vi è l'individuazione dei canali di gestione delle segnalazioni: la segnalazione può infatti essere gestita attraverso l'utilizzo del canale interno affidata al RPCT che la gestisce mantenendo il dovere di confidenzialità, riservatezza e tutela dell'anonimato nel caso in cui la segnalazione sia nominativa; del canale esterno: l'autorità competente a ricevere la segnalazione è l'ANAC. Resta ferma la possibilità di presentare formale denuncia all'Autorità giudiziaria.

Anno 2024

Al fine di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico, di migliorare l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei princìpi di pari opportunità, di benessere organizzativo e orientato al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori, la ASL Salerno, con Deliberazione del DG n. 1745 del 18/11/2024, ha costituito il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)", tenuto conto della Direttiva del 4 marzo 2011 contenente le "*Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" e della Direttiva n. 2/2019 "*Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche*".

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

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

2.3.23.11 I controlli interni e il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)

Nell'ambito del sistema di prevenzione della corruzione e di rafforzamento dei controlli interni, assume particolare rilievo il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC), quale strumento volto a garantire l'affidabilità dei dati contabili, la tracciabilità delle operazioni amministrativo-finanziarie e la trasparenza nella gestione delle risorse pubbliche.

Il PAC rappresenta una misura strutturale di prevenzione del rischio amministrativo-contabile e di contrasto alle frodi, in particolare nel settore sanitario, caratterizzato da un'elevata complessità gestionale e da significativi flussi finanziari.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2015, nell'approfondimento dedicato al settore sanità, individua tra le aree maggiormente esposte a rischio corruttivo la gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, segnalando il Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci quale presidio fondamentale per la riduzione del rischio di irregolarità amministrativo-contabili.

A livello regionale, la Regione Campania, con Decreto del Commissario ad Acta n. 27 del 5 marzo 2019, ha approvato il documento recante le procedure amministrativo-contabili minime e necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendale e l'attendibilità dei dati contabili degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Le procedure PAC disciplinano, in particolare, i seguenti ambiti:

– immobilizzazioni;

– crediti e ricavi;

– disponibilità liquide;

– rimanenze;

– personale;

– patrimonio netto;

– debiti e costi;

– contenzioso.

Tali ambiti sono presidiati mediante procedure formalizzate, individuazione puntuale delle responsabilità, tracciabilità delle operazioni e verifiche periodiche, al fine di prevenire comportamenti quali:

– ritardi ingiustificati nei pagamenti;

– liquidazione di fatture in assenza di adeguata verifica delle prestazioni;

– sovrafatturazioni o fatturazioni per prestazioni non rese;

– registrazioni contabili non corrette o non veritiere;

– violazioni della cronologia dei pagamenti, con conseguenti favoritismi.

L'ASL Salerno ha sempre operato in modo continuativo e costante nella prosecuzione del programma di definizione, implementazione e verifica dello stato di attuazione degli obiettivi PAC, al fine di garantire il miglioramento dei sistemi di rilevazione contabile.
Con nota del Commissario Straordinario dell'ASL Salerno (prot. n. 94083 del29/04/2016), il Direttore dell'U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari Economico Gestionale è stato individuato quale Referente per la predisposizione del Programma Operativo Attuativo del PAC Aziendale.
Con delibera del Direttore Generale del 26/08/2016 n. 23, avente ad oggetto "*Adozione Percorsi Attuativi per la Certificabilità* (PAC)", l'ASL Salerno ha approvato il cronoprogramma dettagliato sulle molteplici azioni relative aree di attività.
Anno 2024
Con Deliberazione del DG n. 1504 del 2/10/2024 – "*Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti delle Aziende Sanitarie (PAC): approvazione procedure",* la ASL Salerno ha approvato le procedure revisionate e riformulate nell'ambito delle Azioni PAC ed ha implementato e messo a regime la Contabilità Analitica.
Anno 2025
Con Deliberazione del DG n. 169 del 08.02.2025, come previsto dal Regolamento Aziendale della Funzione di Internal Audit, si è provveduto a condividere il piano Audit per l'annualità 2025.
Le verifiche sono state effettuate considerate le procedure PAC, approvate con Delibera n. 1504 del 02/10/2025, attraverso incontri con i vari referenti aziendali e l'acquisizione della documentazione attestante i controlli effettuati.

Il PAC si integra con le altre misure di prevenzione della corruzione previste dal PTPCT e con il sistema dei controlli interni, contribuendo alla riduzione del rischio corruttivo attraverso:

– la piena tracciabilità dei flussi finanziari;

– la segregazione delle funzioni;

– la formalizzazione dei processi;

– il rafforzamento delle verifiche amministrativo-contabili.

Il RPCT, nell'ambito delle proprie funzioni di monitoraggio, tiene conto degli esiti delle attività PAC ai fini della valutazione complessiva dell'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione.

2.3.24 Il programma triennale per la trasparenza ed integrità

Per trasparenza si intende l'accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii.

Nel quadro normativo e metodologico attuale, l'integrità non costituisce un ambito autonomo di intervento, bensì rappresenta l'esito complessivo del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, fondato sulla correttezza dell'azione amministrativa, sulla responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e sulla piena accessibilità delle informazioni.

La trasparenza costituisce un principio fondamentale dell'azione amministrativa e, al contempo, una misura strutturale di prevenzione della corruzione, funzionale alla promozione dell'integrità, della legalità e della responsabilizzazione dell'amministrazione nei confronti della collettività. In tale prospettiva, come affermato dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 20 del 2019, la trasparenza rappresenta un "principio argine alla diffusione di fenomeni corruttivi".

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è parte integrante del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e concorre, in modo coordinato, alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo, nonché all'attuazione degli altri strumenti di programmazione aziendale, in particolare del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e del ciclo della performance.

Una delle principali innovazioni introdotte dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, riguarda l'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013, che consente a chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti posti a tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

L'accesso civico generalizzato si affianca all'accesso civico "semplice", disciplinato dall'art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013, e costituisce uno strumento essenziale di controllo diffuso sull'operato dell'amministrazione, rafforzando la trasparenza e contribuendo alla prevenzione di comportamenti illeciti.

Al fine di agevolare l'esercizio del diritto di accesso, l'ASL Salerno ha reso disponibili, nella sezione "Amministrazione Trasparente – Accesso civico" del sito istituzionale, appositi moduli on line distinti per tipologia di accesso ed ha adottato il Registro degli Accessi, contenente informazioni non nominative relative alle richieste pervenute e ai relativi esiti.

Nella gestione delle istanze di accesso, l'Azienda assicura il pieno rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale di attuazione.

Anno 2024

Con Deliberazione n. 495/2024 del 25/09/2024 resa nota il 19 novembre 2024, l'ANAC ha approvato nuovi schemi per migliorare l'inserimento di dati e informazioni sui siti web delle Amministrazioni Pubbliche, in base agli obblighi di pubblicità e trasparenza. Scopo è semplificare la gestione della sezione "*Amministrazione Trasparente*" dei portali istituzionali e rendere più uniforme la pubblicazione delle informazioni e più agevole la consultazione dei dati da parte del cittadino.
Gli aggiornamenti riguardano gli articoli 4bis (*utilizzo delle risorse pubbliche*), art. 13 (*organizzazione*) e art. 31 (*controlli su attività e organizzazione*) del D. Lgs. N. 33/2013 e ss.mm.ii. e per ciascuna tipologia sono state fornite istruzioni operative che dovranno essere rispettate per pubblicazione delle informazioni.

Anno 2025

Nel corso dell'anno, le strutture competenti sono state tenute ad aggiornare le rispettive sezioni di *Amministrazione Trasparente*. In raccordo con le medesime strutture, è stata inoltre prevista l'implementazione del sito istituzionale e il suo adeguamento alla normativa vigente. Tenuto conto del periodo di adeguamento di dodici mesi previsto dall'ANAC, l'ASL Salerno ha programmato, in collaborazione con le strutture competenti, l'aggiornamento e l'adeguamento progressivo della sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale, al fine di assicurare la piena conformità agli obblighi normativi vigenti e il costante miglioramento della qualità delle informazioni pubblicate.
In particolare, è stata data attuazione a quanto disposto dalla Delibera ANAC n. 495/2024, allegati 1, 2 e 3, relativi agli obblighi di pubblicazione concernenti la trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4-bis). È attualmente in corso l'adeguamento dello schema di cui all'art. 4-bis, come modificato dalla Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025.

2.3.25 Il sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni rappresenta un elemento essenziale dell'assetto organizzativo dell'ASL Salerno e costituisce un presidio fondamentale ai fini della prevenzione della corruzione, della promozione della legalità e del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa.

I controlli interni concorrono a garantire la regolarità, la legittimità, la correttezza e la trasparenza dell'attività amministrativa, nonché l'uso appropriato delle risorse pubbliche, in coerenza con i principi di buon andamento e imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione.

2.3.25.1 Finalità e principi

Il sistema dei controlli interni è finalizzato a:

– prevenire e individuare tempestivamente irregolarità, anomalie e comportamenti a rischio corruttivo;

– verificare la conformità dell'azione amministrativa alla normativa vigente, ai regolamenti interni e agli atti di programmazione;

– supportare il processo decisionale e la responsabilizzazione dei dirigenti;

– favorire il miglioramento continuo delle performance organizzative e individuali.

I controlli sono esercitati secondo criteri di proporzionalità, adeguatezza e integrazione, tenendo conto della complessità organizzativa e funzionale dell'Azienda.

2.3.25.2 Tipologie di controlli interni

In coerenza con il quadro normativo vigente, il sistema dei controlli interni dell'ASL Salerno si articola nelle seguenti tipologie:

– controllo di regolarità amministrativa e contabile;

– controllo di gestione;

– controllo strategico;

– controlli sulla qualità dei servizi;

– controlli connessi alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

Tali controlli operano in modo coordinato e complementare, evitando duplicazioni e favorendo lo scambio informativo tra le strutture competenti.

2.3.25.3 Controlli di regolarità amministrativa e contabile

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile è volto a verificare la legittimità, la regolarità e la correttezza degli atti e dei procedimenti amministrativi, nonché la coerenza delle operazioni contabili con le disposizioni normative e regolamentari vigenti.

Esso assume particolare rilevanza nelle aree a più elevato rischio corruttivo, quali:

– contratti pubblici;

– gestione delle risorse finanziarie;

– gestione delle entrate e delle spese;

– utilizzo di fondi vincolati e fondi PNRR.

2.3.25.4 Controlli strategici e controllo di gestione

Il controllo strategico e il controllo di gestione sono finalizzati a verificare il grado di attuazione degli obiettivi programmati, l'efficacia delle azioni intraprese e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Tali controlli consentono di individuare eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi previsti e di adottare tempestivamente misure correttive, contribuendo indirettamente alla prevenzione di fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione.

2.3.25.5 Controlli sulla qualità dei servizi

I controlli sulla qualità dei servizi sono orientati a verificare il livello di soddisfazione degli utenti, l'adeguatezza delle prestazioni erogate e la conformità ai livelli essenziali di assistenza, con particolare riferimento ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Il monitoraggio della qualità rappresenta un ulteriore strumento di prevenzione, in quanto consente di intercettare criticità organizzative e gestionali che potrebbero favorire comportamenti impropri o distorsivi.

2.3.25.6 Ruolo dei controlli interni nella prevenzione della corruzione

Nel quadro del PTPCT, i controlli interni costituiscono misure di trattamento del rischio corruttivo e operano in sinergia con le altre misure generali e specifiche di prevenzione.

Essi contribuiscono a:

– rafforzare la tracciabilità dei processi decisionali;

– ridurre la concentrazione di poteri e responsabilità;

– favorire la separazione delle funzioni;

– supportare l'attività di monitoraggio svolta dal RPCT.

2.3.25.7 Integrazione con PTPCT, PIAO e ciclo della performance

Il sistema dei controlli interni è integrato con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e con il ciclo della performance.

Gli esiti dei controlli interni alimentano il processo di monitoraggio e riesame del PTPCT e sono utilizzati ai fini della valutazione della performance organizzativa e individuale, contribuendo al miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.3.26 Allegato 1 – Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione – Anno 2025.

La Relazione Annuale del RPCT, elaborata ai sensi dell'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 e ss.mm.ii. costituisce un importante strumento di monitoraggio circa l'attuazione del Piano Anticorruzione, nonché uno strumento indispensabile per la valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione in esso previste.
La Relazione, relativa all'anno 2025, è predisposta e pubblicata entro il termine del 31 gennaio 2026.

Domanda	**Risposta**
Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	**4701800650**
Denominazione Amministrazione/Società/Ente	**ASL SALERNO**
Nome RPCT	**ANTONINO**
Cognome RPCT	**DI DOMENICO**
Qualifica RPCT	**DIRIGENTE AMMINISTRATIVO DI RUOLO IN SERVIZIO**
Ulteriori incarichi eventualmente svolti dal RPCT	**DIRETTORE U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA P.O. POLLA**
Data inizio incarico di RPCT	**01/11/2025 (Delibera di incarico n. 1599 del 28/10/2025)**
Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPC (Si/No)	**NO**

Nominativo del soggetto che nel PTPCT o nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO o nel MOG 231 è indicato come sostituto del RPCT (in caso di temporanea ed improvvisa assenza del RPCT)	**NON E' INDICATO IL SOSTITUTO**
Motivazione dell'assenza del RPCT	
Data inizio assenza della figura di RPCT	

ID	**Domanda**	**Risposta *(Max 2000 caratteri)***
1	**CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'ATTUAZIONE DELLA SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO O DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) O DELLE MISURE INTEGRATIVE AL MOG 231 E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)**	

1.A	**Stato di attuazione del PTPCT/Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"del PIAO/MOG 231** - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPCT/sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO/misure integrative MOG 231, indicando i fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema	Il livello effettivo di attuazione della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO può ritenersi complessivamente adeguato rispetto alla programmazione prevista. Il buon funzionamento del sistema è stato favorito dall’integrazione delle misure di prevenzione nella programmazione aziendale, dalla chiara attribuzione delle responsabilità organizzative e dalla collaborazione delle strutture aziendali coinvolte, nonché dalla progressiva diffusione della cultura della trasparenza e della legalità all’interno dell’Azienda.
1.B	**Aspetti critici dell’attuazione del PTPCT/Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO/MOG 231** - Qualora la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO o il PTPCT o le misure integrative MOG 231 siano state attuate parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure programmate	Non vi è stato scostamento tra le misure attuate e le misure programmate.
1.C	**Ruolo del RPCT** - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all’attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231, individuando i fattori che ne hanno supportato l’azione	Il ruolo propositivo del RPCT è emerso sia nel promuovere la cultura della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sia nel supportare le strutture aziendali nelle attività di monitoraggio, con particolare riferimento agli obblighi di pubblicazione (dati su servizi erogati; su tassi di assenza; su mandati di pagamento).

1.D	**Aspetti critici del ruolo del RPCT** - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO o del PTPCT o delle misure integrative MOG 231	Non sono emerse particolari criticità, nonostante la vastità dell'Azienda e la complessità dell'assetto organizzativo, anche grazie al costante aggiornamento sugli sviluppi normativi e sulle novità introdotte dal Legislatore.

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31 GENNAIO 2026 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni/enti tenuti all'adozione della Sottosezione " Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025 o del PTPCT 2025 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2022 (Delibera ANAC n. 7/2023).

ID	**Domanda**	**Risposta** ***(selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)***	**Ulteriori Informazioni** ***(Max 2000 caratteri)***
2	**GESTIONE DEL RISCHIO**		

2.A	**Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 (*domanda facoltativa)***	Sì	Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato effettuato nell'ambito delle attività ordinarie di controllo e verifica, in continuità con il sistema di monitoraggio già adottato dall'Azienda negli anni precedenti
2.A.4	**Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento**		
2.B	**Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi, specificando quali integrano fattispecie penali (e il loro numero), anche con procedimenti pendenti, e quali integrano eventi corruttivi e condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) (più risposte sono possibili).**		
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		
2.B.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	**No**	Nel corso dell'anno non sono pervenute segnalazioni né sono stati rilevati eventi corruttivi o condotte di natura corruttiva afferenti alla gestione dei fondi.
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	**No**	Nel corso dell'anno non sono stati segnalati né rilevati eventi corruttivi o

			violazioni delle misure di prevenzione nell'ambito dell'acquisizione e gestione del personale.
2.B.2	Contratti pubblici	**No**	Non sono emersi eventi corruttivi o condotte di natura corruttiva nell'ambito delle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici.
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	**No**	Non sono stati rilevati eventi corruttivi o violazioni delle misure di prevenzione con riferimento ai provvedimenti ampliativi privi di effetto economico.
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	**No**	Nel corso dell'anno non sono state riscontrate situazioni riconducibili a fenomeni corruttivi in relazione ai provvedimenti ampliativi con effetto economico.
2.B.5	Affari legali e contenzioso	**No**	Nel corso dell'anno non sono emersi eventi corruttivi o condotte di natura corruttiva nell'ambito degli affari legali e del contenzioso.
2.B.6	Incarichi e Nomine	**No**	Non sono state rilevate situazioni o segnalazioni riconducibili a fenomeni corruttivi nell'ambito degli incarichi e delle nomine.
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	**No**	Nel corso dell'anno non sono emersi eventi corruttivi o violazioni delle misure di

			prevenzione in relazione alla gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
2.B.8	Aree di rischio ulteriori	**No**	Non sono state individuate ulteriori aree interessate da eventi corruttivi o da condotte di natura corruttiva.
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	**No**	
2.C	**Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, nel PTPCT 2025 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto**	No	Nel corso dell'anno non si sono verificati eventi corruttivi né sono emerse violazioni delle misure di prevenzione tali da richiedere segnalazioni o approfondimenti.
2.E	**Indicare se sono stati mappati i processi dell'Ente (cfr. PNA 2022, *Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT*, § 3.1.2)**		
2.F	**Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2) (sono possibili più risposte)**		
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	**Si**	
2.F.00	Processi collegati a obiettivi di performance	**Si**	

2.F.000	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	**Si**	
2.F.0000	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	**Si**	
2.F.1	Contratti pubblici	**Si**	
2.F.2	Incarichi e nomine	**Si**	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	**Si**	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	**Si**	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	**Si**	
2.G	**Indicare se la Sottosezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*" del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (*domanda facoltativa*)**	No	
2.H	**Indicare se la Sottosezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*" del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO**	No	

	(domanda solo per gli Enti che redigono PIAO)		
3	**MISURE SPECIFICHE**		
3.A	**Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali**	No, non era previsto dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2025	
3.B.	**Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate**		
4	**TRASPARENZA**		
4.A	**Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" o "*Società trasparente*"**	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	Le principali sotto-sezioni di "Amministrazione Trasparente" risultano alimentate tramite flussi informatizzati di dati, con particolare riferimento ai dati relativi a personale, contratti e servizi erogati.
4.B	**Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "*Amministrazione Trasparente*" o "*Società Trasparente*", ha l'indicatore delle visite**	**No (indicare se non è presente il contatore delle visite)**	Il contatore delle visite non risulta attualmente presente nella sezione "Amministrazione Trasparente".
4.C	**Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)**	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	3

4.D	**Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)**	**Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)**	25 - I settori hanno riguardato Area ospedaliera/Distrettuale: prestazioni erogate; numero pazienti in cura; circolari e disposizioni ASL su prenotazioni visite di controllo centri diagnostici; affidamenti e incarichi; Area Emergenza-COT, ; Area Provveditorato , Gestione Risorse Umane e Dipartimento di Prevenzione.
4.E	**Indicare se è stato istituito il registro degli accessi**	**Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)**	
4.F	**E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (*domanda facoltativa*)**	**Si**	
4.G	**Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati**	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi per amministrazioni/enti con meno di 50 dipendenti)	Monitoraggio trimestrale periodico a campione, anche su segnalazione.
4.G.1	**Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)**	Sì	

4.H	**Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento**	Il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza può ritenersi complessivamente adeguato. Le principali difficoltà riscontrate sono riconducibili alla complessità organizzativa dell'Azienda e alla necessità di garantire un costante coordinamento tra le diverse strutture coinvolte nella produzione e nell'aggiornamento dei dati.	
5	**FORMAZIONE DEL PERSONALE**		
5.A	**Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).**	Sì	
5.B	**Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione**		
5.E	**Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: *(domanda facoltativa)***		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi	**Si**	
5.E.1	Etica ed integrità	**Si**	
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	**Si**	

5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231	**Si**	
5.E.4	Processo di gestione del rischio	**Si**	
5.C	**Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:**		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	**Si**	Syllabus: la piattaforma di formazione dedicata al capitale umano delle PA.
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	**Si**	Scudo Privacy S.R.L. Back Office
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)	**Si**	pianoformazionerup.org
5.D	**Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti**	I contenuti del corso sono da ritenersi appropiati, come pure i destinatari coinvolti.	
6	**ROTAZIONE DEL PERSONALE**		
6.A	**Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:**	**8742**	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	**1850**	

6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	**6892**	
6.B	**Indicare se nell'anno 2025 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio**	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2025	Quando la rotazione del personale non è attuabile, l'Azienda applica in modo rafforzato misure alternative di prevenzione, garantendo monitoraggio continuo, tracciabilità delle attività e ulteriori controlli organizzativi e interni, con particolare attenzione agli uffici a più alto rischio corruttivo, in conformità alle disposizioni e delibere aziendali vigenti come evidenziato dal PTPCT/sezione PIAO.
6.C	**Indicare il numero di unità di personale dipendente di livello non dirigenziale ruotato all'interno dell'amministrazione nell'anno di riferimento**	**0**	
7.A	**Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità**	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Le verifiche sono state effettuate per tutto il personale apicale e non sono emerse violazioni
7.B	**Indicare, con riferimento all'anno 2025, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013**	No	
8	**INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013**		

8.A	**Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità**	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231con riferimento all'anno 2025	
9	**CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI**		
9.A	**Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi**	Sì	
9.C	**Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati**	No	
10	**TUTELA DI CHI SEGNALA ILLECITI (WHISTLEBLOWING)**		
10.A	**Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023; LLGG di cui alla delibera n. 478 del 26 novembre 2025)**	Sì	
10.C	**Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione**		

10.D	**Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblowing**	No	
11	**CODICE DI COMPORTAMENTO**		
11.A	**Indicare se il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013) è stato aggiornato con le indicazioni fornite nelle Linee Guida ANAC n. 177/2020**	Sì	
11.B	**Indicare se gli obblighi di condotta previsti nel codice sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni)**	**Si**	
11.C	**Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e le eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione**	No	

11.D	**Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013**	L'adeguamento è in corso	
12	**PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI**		
12.B	**Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti**	No	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D	**Se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):**		
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti

12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-*bis* c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 bis c.p.	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti

12.D.11-bis	Indebita destinazione di denaro o cose mobili (art. 314-bis c.p.)	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.D.12	Altro (specificare quali)	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E	**Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):**		
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.1	Contratti pubblici	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.2	Incarichi e nomine	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti

12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	**0**	Non sono stati comunicati al RPCT procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti
12.F	**Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali**	Sì	59
13	**ALTRE MISURE**		
13.A	**Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.**	No	

13.B	**Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023 come aggiornato nel 2025)**	No	
14	**ROTAZIONE STRAORDINARIA**		
14.A	**Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)**	**No**	
15	**PANTOUFLAGE**		
15.A	**Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti**	No	
15.B	**Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage (cfr. PNA 2022 e LLGG ANAC in materia di pantouflage n. 493/2024)**	Sì, secondo il modello operativo di cui al PNA 2022	
16	**CONFLITTO DI INTERESSI**		

16.A	**Indicare se sono state disciplinate procedure per l'acquisizione e la verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (e i relativi aggiornamenti al verificarsi di situazioni che determinano un mutamento di quanto precedentemente dichiarato) rese dal personale e dai consulenti e collaboratori**	Si	
16.B	**Indicare se nel corso del 2025 sono state rilevate ipotesi di conflitto di interessi**	No	
17	**RASA**		
17.A	**Indicare se è prevista la verifica periodica dei dati inseriti in AUSA**	Si	
18	**MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI**		
18,A	**Indicare se sono stati monitorati i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi rispetto ai termini previsti**	Si	

18.B	**Indicare se sono stati individuati casi di mancato rispetto dei tempi procedimentali**	No	

2.3.27 Allegato 2 – Catalogo processi a rischio (PTPCT 2026–2028)

N°	Area di Rischio	Processo	Possibili eventi rischiosi	Strutture Organizzative Coinvolte
1	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari	Gestione Risorse Umane
2	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
3	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
4	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
5	Acquisizione e gestione del personale	Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	Gestione Risorse Umane
6	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Gestione Risorse Umane - Attività Tecniche e Patrimoniali - Valutazione Tecnologie Sanitarie

7	Acquisizione e gestione del personale	gestione assenze - presenze - premialità - permessi	gestione assenze - presenze - premialità - permessi non veritiera, inosservanza regole procedurali al fine di favorire e/o discriminare taluni soggetti	Gestione Risorse Umane
8	Acquisizione e gestione del personale	Conferimento incarichi di docenza	Abuso nell'affidamento discrezionale dell'incarico allo scopo di favorire un docente rispetto ad altri	Formazione e Aggiornamento - Tutte le Macrostutture proponenti
9	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Medicina Legale
10	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Programmazione, Pianificazione dei controlli, Verifiche ed ispezioni	Pianificazione irregolare al fine di favorire taluni soggetti	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
11	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Assegnazione attività controlli, verifiche e ispezioni	Abusi e irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o categorie di imprese. Attribuzione degli incarichi di svolgimento delle attività con ampi margini di discrezionalità	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
12	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Svolgimento attività di controlli verifiche ed ispezioni	abusi, violazioni della normativa ed irregolarità finalizzati ad agevolare o penalizzare determinati soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
13	Attività di vigilanza, controllo, ispezione	Applicazione sanzioni	Omissione nella applicazione delle sanzioni al fine di agevolare taluni soggetti o imprese	Strutture del Dipartimento di Prevenzione
14	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Transazioni	Favorire un determinato creditore e/o debitore piuttosto che un altro	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali

15	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Procedimenti disciplinari e sanzionatori nei confronti del personale dipendente o convenzionato	Favorire il dipendente/convenzionato sottoposto a procedimento disciplinare	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Ufficio Procedimenti Disciplinari
16	Attività Legale e Procedimenti sanzionatori	Perizie in ambito assicurativo risarcitorio	Favorire il dipendente danneggiato	Gestione degli Affari Legali e Contenzioso - Medicina Legale
17	Attività libero professionali e liste di attesa	autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione; inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
18	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
19	Attività libero professionali e liste di attesa	Esercizio dell'ALPI	omessa registrazione dei versamenti a seguito di riscossione visite ALPI	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP, Alpi, Liste di attesa
20	Contratti pubblici	Programmazione	definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza / efficacia / economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle opere pubbliche destinate ad essere realizzate da un determinato operatore economico) o nell'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive. Rileva altresì l'intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
21	Contratti pubblici	Progettazione della Gara	nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; la fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara; l'attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante l'utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato; ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
22	Contratti pubblici	Selezione del contraente	possibilità che i vari attori coinvolti (RP, commissione di gara, soggetti coinvolti nella verifica dei requisiti, ecc.) manipolino le disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere

23	Contratti pubblici	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti; possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
24	Contratti pubblici	Esecuzione del contratto	mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore. Ecc.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
25	Contratti pubblici	Rendicontazione del contratto	alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante; effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari.	Direzioni Amministrative Presidi Ospedalieri - Direzioni Amministrative Distretti - Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato - Farmacie Ospedaliere
26	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Acquisizione dei farmaci	valgono i potenziali rischi connessi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari.	Dipartimento Farmaceutico
27	Gestione del Patrimonio	Stipula Gestione di contratti di locazione e acquisizione di beni immobili e mobili registrati	Individuazione del Bene immobile/mobile e/o definizione delle condizioni di acquisto o locazione in base a criteri finalizzati a far prevalere l'interesse della controparte privata rispetto all'interesse dell'amministrazione	Attività Tecniche e Patrimoniali - Gestione dell'acquisizione dei beni e servizi ed economato
28	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle entrate e delle spese	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere; permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture; ecc.	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
29	Gestione di risorse economico-finanziarie	Pagamento fornitori/creditori	Abuso nella definizione/applicazione dei criteri di priorità di pagamento al fine di favorire taluni creditori/fornitori	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali
30	Gestione di risorse economico-finanziarie	Incassi ticket	Appropriazione indebita delle somme incassate a titolo di pagamento ticket	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - CUP Ticket
31	Gestione di risorse economico-finanziarie	Emissione mandati/Incasso reversali	Distrazione di risorse mediante alterazione/falsificazione di dati/documenti	Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico Gestionali

32	Incarichi e nomine	Incarichi dirigenziali di struttura complessa e a soggetti esterni	assenza dei presupposti programmatori e/o di una verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente rischio di frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero di posizioni da ricoprire; mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione. nella fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice, rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi. eccessiva discrezionalità nella fase di valutazione dei candidati. Ecc.	Direzione generale - Gestione delle Risorse Umane
33	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Riconoscimento diritto esenzione ticket	Indebito riconoscimento dell'esenzione del pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti (prestazioni ambulatoriali; Prestazioni di Pronto Soccorso, Codici bianchi)	CUP Ticket - Pronto Soccorso
34	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di certificazioni ed autorizzazioni relative alla libera circolazione dei soggetti disabili	Medicina Legale
35	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Abuso nel rilascio di idoneità medico-legali inerenti la conduzione di veicoli, di natanti, porto e detenzione armi da fuoco	Medicina Legale
36	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Abuso nella concessione dei benefici Legge 104/92 in assenza di presupposti al fine di procurare a sé o ad altri un indebito vantaggio	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale
37	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Permessi e aspettative retribuite Legge 104/92	Utilizzo dei permessi o aspettative per l'assistenza a persone con grave disabilità per finalità diverse da quelle cui tali istituti sono preordinati	Gestione Risorse Umane - Servizio Ispettivo e NOC - Medicina Legale
38	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina Legale - Medicina del Lavoro
39	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della idoneità	Medicina Legale - Medicina del Lavoro
40	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valutazioni medico legali	Possibile condizionamento o interferenza da parte dell'interessato o di terzi nella valutazione della residua capacità lavorativa	Medicina del Lavoro
41	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione e distribuzione interna e agli utenti di farmaci e materiale sanitario	Indebita appropriazione di farmaci e materiale sanitario	Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Farmacie ospedaliere

42	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Iperprescrizione di beni protesici, con indebito vantaggio per le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica
43	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Abuso della relazione professionale con l'assistito per indirizzarlo verso determinate ditte autorizzate alle forniture dirette	Direzioni Distretti Sanitari - Prescrittori Distretti Protesica
44	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Inserimenti in Strutture Socio Sanitarie	Abuso nell'adozione di provvedimenti di inserimento in strutture socio sanitarie al fine di favorire particolari soggetti	Dipartimento di Salute Mentale - Direzioni Distretti Sanitari - Sert
45	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Utilizzo dei beni e delle risorse aziendali / richieste rimborsi spese	Indebito utilizzo delle linee telefoniche, fisse e mobili, di internet, dell'auto aziendale e di altri beni aziendali per scopi personali	Tutte le strutture e tutti i dipendenti
46	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Gestione trattamento economico Medici di Medicina generale e Pediatri Libera scelta, Guardie Mediche	Abusi, irregolarità, riconoscimenti economici non dovuti. Assenza di controlli al fine di favorire taluni soggetti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture Distrettuali
47	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		rilascio di concessioni edilizie con pagamento di contributi inferiori al dovuto al fine di agevolare determinati soggetti	Dipartimento di Prevenzione
48	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Convenzioni per trasporti sanitari	Abuso nell'adozione di provvedimenti di convenzione per trasporti sanitari al fine di favorire determinate ditte/associazioni	Direzioni ammnistrative dei Distretti e dei PP.OO.
49	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (ad esempio inserimento in cima ad una lista di attesa)	Direzioni Distretti Sanitari - Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri - Tutte le strutture che erogano servizi sanitari o che autorizzano prestazioni sanitarie - CUP e Ticket
50	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Scelta e revoca dei medici di medicina generale	irregolarità e abusi al fine di favorire taluni soggetti	Direzioni Distretti Sanitari
51	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prenotazione / erogazione di prestazioni e servizi sanitari	Abuso della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private o attività libero professionale	Direzioni Distretti Sanitari - CUP e Ticket - Tutti i professionisti sanitari dipendenti o convenzionati che erogano la prestazione

52	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rilascio autorizzazioni sanitarie o pareri finalizzati al rilascio di autorizzazioni/concessioni	abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per apertura di esercizi commerciali)	Dipartimento di Prevenzione - Strutture dei Dipartimento che rilasciano autorizzazioni e/o pareri
53	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizioni ausili assistenza protesica	Abusi ed irregolarità; assenza dei requisiti necessari per ottenere gli ausili; assenza di visita medica; intromissione e condizionamento di tecnici e ditte private; prescrizione effettuata da soggetto non abilitato; prescrizione imprecisa, contraddittoria ed irregolare	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
54	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Autorizzazione acquisto e fornitura ausili assistenza protesica	abusi e irregolarità. Mancata effettuazione controlli sulla prescrizione e requisiti.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
55	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Acquisto ausili assistenza protesica	inosservanza normativa per gli acquisti al fine di favorire taluni soggetti privati. Mancanza di rotazione delle ditte fornitrici in affidamento diretto.	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
56	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Collaudo ausili assistenza protesica	Mancati collaudi, irregolarità al fine di favorire le ditte fornitrici	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
57	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Restituzione degli ausili assistenza protesica	Mancata verifica della permanenza dei requisiti per la permanenza dell'utilizzo dell'ausilio. Mancato inoltro della richiesta di restituzione, restituzione di ausilio non corrispondente a quello consegnato, mancato addebito costo per ausilio non restituito	Direzioni Distretti Sanitari - Strutture di assistenza protesica
58	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Prescrizione farmaci	Abuso della propria autonomia professionale nella prescrizione di farmaci al fine di favorire la diffusione di una determinato farmaco oppure al fine di frodare il Servizio Sanitario	Tutti i medici prescrittori
59	Rapporti contrattuali con privati accreditati	autorizzazioni - accreditamento	mancato aggiornamento delle stime aziendali relativamente ai diversi settori di attività; ritardi e/o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni e nella realizzazione delle attività ispettive	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata
60	Rapporti contrattuali con privati accreditati	accordi/contratti	mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, assenza o inadeguatezza delle attività di controllo	Servizio Ispettivo e NOC - Assistenza Accreditata - Direzioni Distretti Sanitari
61	Rilevazione presenze	Attestazione della presenza in servizio	Falsa attestazione della presenza in servizio	Tutte le strutture e tutti i dipendenti

2.3.28 Allegato 3 – Programma Triennale per la Trasparenza 2026 – 2028.

SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Soggetti Responsabili della trasmissione dei dati**
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, integrato nel PIAO, comprensivo degli allegati e delle misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali

			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di comportamento	Codice disciplinare e codice di comportamento dei Dipendenti Pubblici aggiornato al DPR 81/2023, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970)	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione		

				certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

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

				o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN

				i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

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

				o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN

				i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSN

				copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

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

	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio Informativo Aziendale
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
				Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso

				svolgimento di attività professionali		
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	UOC Gestione delle Risorse Umane e UOC Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da	Per ciascun titolare di incarico:		U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso

		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

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

				o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane - U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

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

				o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NA - Non Applicabile Aziende SSR

		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR

				privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	NA - Non Applicabile Aziende SSR
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado,	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	NA - Non Applicabile Aziende SSR

				ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di incarichi di elevata qualificazione redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

				della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane

			(da pubblicare in tabelle)			
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Gestione delle Risorse Umane

				specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica		
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, d.lgs n. 150/2009		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, d.lgs n. 150/2009		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
Performance	Sistema di misurazione e	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Organismo Indipendente di Valutazione

	valutazione della Performance		valutazione della Performance			
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
			(da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane e Organismo Indipendente di Valutazione

				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione delle Risorse Umane
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali

				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali

		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Gestione dei Flussi Finanziari ed Economico - Gestionali

	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				Per ciascuno degli enti:		Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

				provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture che coordinano il procedimento

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dell'Acquisizione dei beni e servizi ed Economato e UOC Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali

				sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		

Bandi di gara e contratti	Per la consultazione degli obblighi di pubblicazione relativi alla presente sotto-sezione "Bandi di gara e contratti", si comunica che tale adempimento è stato assolto tramite BDNCP, adottata dalla Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 in aggiornamento e ad integrazione delle delibere n. 261/2023 e n. 264 del 20 giugno 2023, riguardante la trasparenza dei contratti pubblici, liberamente consultabile al seguente link **https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-contratti-pubblici-del.601.2024** **Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.** **Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023: assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.** **Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.**

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

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

			dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto:		Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

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

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

		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali

		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Per la pubblicazione dei criteri e atti sono responsabili i Direttori dei seguenti servizi: Distretti, Dipartimento del Governo Clinico, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Attività Territoriali, Dipartimenti Ospedalieri, ecc. Per il coordinamento controlli pubblicazione: UOC Gestione degli Affari Generali
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali

		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

				di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV

				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione - Gruppo di lavoro a supporto dell'OIV
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	U.O.C. Segreterie della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi Aziendali - Comunicazione in collaborazione con U.O.C. Gestione degli Affari Generali
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in collaborazione con U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione

	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Ambito soggettivo non rilevato
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOSD Esame e valutazione dell'attività e dei risultati - CUP - Liste di attesa - ALPI

			prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)			
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione, UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali

	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo specifico previsto solo per l'anno 2013 ADEMPIMENTI D.L. 35/2013 (Convertito in legge n. 64 del 2013)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionali

				obbligatoriamente per il versamento		
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali

	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN

		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NA - Non Applicabile Aziende SSN
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

				modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi		
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'àmbito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato

			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ambito soggettivo non rilevato
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Assistenza accreditata (Strutture di ricovero, attività di riabilitazione, attività specialistiche)

Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizio delle Attività tecniche e patrimoniali
Altri contenuti	**Prevenzione della Corruzione**	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1,	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

		d.lgs. n. 33/2013				
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Altri contenuti	**Accesso civico**	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

				titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale		
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Altri contenuti	**Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati**	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e	Tempestivo	UOC Servizio Informativo Aziendale

				http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	UOC Servizio Informativo Aziendale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	UOC Servizio Informativo Aziendale
Altri contenuti	**Dati ulteriori**	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	….	

			dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)			
* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016e ss.mm.ii. è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)						

Programma triennale per la trasparenza

Nell'Allegato 3 al presente Piano è rappresentato il **Programma Triennale per la Trasparenza**, redatto ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 e integrato nel sistema complessivo di prevenzione della corruzione delineato dal presente PTPCT e dal PIAO 2026–2028.

La trasparenza costituisce una **misura generale di prevenzione della corruzione**, funzionale a garantire il controllo diffuso sull'azione amministrativa, a rafforzare l'imparzialità e a favorire la partecipazione dei cittadini, secondo l'approccio risk-based promosso dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nei Piani Nazionali Anticorruzione più recenti.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sono attribuite, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013.

A tale soggetto compete l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché la segnalazione agli organi competenti – organo di indirizzo, OIV e ANAC – dei casi di mancato o ritardato adempimento.

L'attività di monitoraggio sulla trasparenza si coordina con:

- il ciclo della performance;
- le attestazioni annuali dell'OIV;
- il sistema dei controlli interni;
- il Registro degli accessi civici.

Anno 2024

Con l'avvio della piena digitalizzazione dei contratti pubblici a partire dal 1° gennaio 2024, l'attività di monitoraggio sugli adempimenti obblighi di pubblicazione ha riguardato soprattutto i provvedimenti, la materia dei contratti pubblici, con particolare riguardo alle dichiarazioni su situazioni di possibile conflitto di interesse, quella di gestione del personale e del conferimento degli incarichi.

È stata migliorata la pubblicazione della maggior parte delle sottosezioni della "Amministrazione Trasparente" e anche l'OIV nella propria attestazione relativa all'esito del monitoraggio nella sezione A.T. ha riscontrato una completezza del contenuto nella quasi totalità delle sottosezioni, che risultavano già in larga parte aggiornate.

***La tabella contente i nuovi obblighi relativi alla sotto-sezione "Bandi di gara e Contratti" in Amministrazione Trasparente, è consultabile al seguente link https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-contratti-pubblici-del.601.2024**

Le nuove regole in tema di trasparenza (art 28 nuovo Codice dei Contratti d.lgs 36/2023) sono efficaci a partire dal 1° gennaio 2024. Pertanto, così come sottolineato dall'ANAC nella delibera di Aggiornamento 2023 al PNA 2022, si valuta che la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate.

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023: Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023: Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023.
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024: Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti.

Anno 2025

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda ha provveduto a rafforzare ulteriormente le attività di verifica e monitoraggio, anche mediante il raccordo con i dirigenti responsabili delle strutture competenti alla trasmissione dei dati.

Programmazione delle attività di monitoraggio – triennio 2026–2028

Nel triennio di validità del presente Piano (2026–2028), l'Azienda intende rafforzare in modo strutturale le attività di verifica e monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso:

- il consolidamento del ruolo del RPCT quale soggetto di coordinamento e controllo sull'attuazione della trasparenza;
- il rafforzamento del raccordo operativo con i dirigenti responsabili delle strutture competenti alla trasmissione e all'aggiornamento dei dati;
- il coordinamento con l'OIV nell'ambito delle attestazioni annuali e del ciclo della performance;

- specifiche attività di monitoraggio nelle aree a maggiore rischio, con particolare riferimento a:
    - contratti pubblici, anche alla luce del nuovo regime di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti;
    - gestione del personale e conferimento di incarichi;
    - dichiarazioni in materia di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi;
- il monitoraggio sistematico del Registro degli accessi civici, quale strumento di rilevazione delle criticità e di miglioramento della qualità delle pubblicazioni.

Le attività di monitoraggio costituiranno parte integrante del sistema di prevenzione della corruzione e saranno oggetto di periodica rendicontazione nell'ambito della Relazione annuale del RPCT.

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

Le diverse tipologie di accesso costituiscono strumenti essenziali di trasparenza e di controllo diffuso sull'azione amministrativa e si inseriscono nel sistema di prevenzione della corruzione delineato dal presente Piano.
L'ASL Salerno assicura l'esercizio dei diritti di accesso nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente, garantendo la tracciabilità delle istanze attraverso il Registro degli Accessi civici, oggetto di monitoraggio periodico da parte del RPCT.
L'attuale normativa prevede tre diverse e distinte tipologie di accesso:

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

<table>
<tr><th></th><th>Accesso agli atti o documentale</th><th>Accesso civico</th><th>Accesso civico generalizzato</th></tr>
<tr><td>Normativa di riferimento</td><td>L. 241/1990, art. 22 e ss.</td><td>D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 1</td><td>D. Lgs. 33/2013, art. 5, co. 2</td></tr>
<tr><td>Oggetto dell'accesso</td><td>Documenti amministrativi</td><td>Documenti, informazioni e dati</td><td>Documenti, informazioni e dati</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Limiti oggettivi della richiesta</td><td>LIMITATO</td><td>LIMITATO</td><td rowspan="3">Sono accessibili i dati e i documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D.Lgs. n. 33/2013.</td></tr>
<tr><td>sono accessibili tutti i documenti amministrativi, ad eccezione di quelli indicati nell'art. 24 della L. n. 241/90.</td><td>ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione sul sito aziendale Amministrazione Trasparente</td></tr>
<tr><td>Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando la pubblica</td><td></td></tr>
</table>

[2] D.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016.

	amministrazione ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.		
Motivazione della richiesta	Necessaria	Non necessaria	Non necessaria
A chi indirizzare la richiesta	alla struttura aziendale competente per la formazione e/o la detenzione del documento	Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)	Alla struttura aziendale che detiene i dati, le informazioni o i documenti.
Esercizio del diritto di opposizione da parte di eventuali controinteressati	Si	No	Si
Tutela in caso di rifiuto o inerzia	Superiore gerarchico del detentore del dato	Titolare del potere sostitutivo	- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT); - nel caso in cui dati/documenti richiesti siano detenuti dal RPCT: Direttore Amministrativo
A chi rivolgersi per la tutela giurisdizionale	TAR	TAR	TAR

L'ASL Salerno:

- con Deliberazione n. 428 del 7 maggio 2018 ha approvato il "Regolamento di accesso agli atti e alla documentazione amministrativa" ai sensi della L.241/90 e del D.P.R. 184/06;
- con Deliberazione n. 1065 del 4 novembre 2014 ha approvato il "Regolamento Accesso Civico" di cui all'art. 5 del D.Lgs. 33/2013;
- con Deliberazione n. 922 del 22 luglio 2021, ha modificato il Regolamento aziendale di accesso agli atti.
- su impulso dell'Ufficio del RPCT ha istituito il Registro degli Accessi civici, che viene semestralmente aggiornato ed implementato. Il Registro è pubblicato in Amministrazione Trasparente, alla sezione "Accesso civico" https://aslsalerno.etrasparenza.it/pagina770_accesso-civico.html .

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La ASL Salerno ha formulato il proprio assetto organizzativo attraverso l'Atto aziendale approvato con Deliberazione GRC n. 461 del 12/09/2024, adottato nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania.
Tra i princìpi sottesi a tale atto si rileva un elevato grado di dipartimentalizzazione delle funzioni e delle articolazioni aziendali, nonché una forte spinta verso la realizzazione dei modelli e standard dell'assistenza territoriale definiti con il DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77, a cui la programmazione rimane prioritariamente ancorata. Tale normativa ha tratteggiato una nuova concezione della rete di assistenza territoriale, basata su una visione cosiddetta olistica in quanto volta alla presa in carico globale del bisogno assistenziale, dove il SSN sia parte di un più ampio assetto del *welfare* comunitario e della tutela allargata all'ambiente.
A tale indirizzo sono state conformate da parte della ASL Salerno le attività dei pregressi esercizi dal 2023 al 2025 nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che verranno proseguite nel 2026 per la realizzazione delle strutture indispensabili alla concreta attuazione delle modalità assistenziali in ambito territoriale definite nel citato DM 77/2022, che per la ASL Salerno constano di 54 interventi come di seguito distinti:

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

In ambito ospedaliero, invece, trova attuazione il modello dipartimentale, mirato ad una forte integrazione operativa e gestionale per aree omogenee, attraverso cui va a completarsi il governo delle risorse e il processo di sviluppo e crescita qualitativa delle professionalità e dei servizi.

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

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

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

Il modello organizzativo dell'Azienda è essenzialmente basato sul raccordo tra la Direzione Strategica aziendale e le strutture operative degli ambiti territoriale ed ospedaliero, coordinato attraverso staff e tecnostrutture di supporto, ivi inclusi le Unità organizzative amministrative e sanitarie centrali nonché i Dipartimenti funzionali (Dipartimento del Governo Clinico; Dipartimento Farmaceutico) e i seguenti Dipartimenti Funzionali transmurali ospedalieri:

• Dipartimento di Medicina Generale, Medicina Specialistica ed Oncologia; • Dipartimento Reti Tempo Dipendenti; • Dipartimento di Chirurgia Generale e Urologia; • Dipartimento delle Discipline Ortopediche e Cervico Facciali; Dipartimento della salute della donna e del bambino; • Dipartimento di Medicina di Laboratorio; • Dipartimento di Diagnostica per Immagini; • Dipartimento Area Critica ed Emergenza-Urgenza.

Le Strutture operative configurate quali Macrocentri di responsabilità aziendali coinvolte nel processo di gestione per budget sono:
- n. 13 Distretti Sanitari;
- n. 7 Presidi ospedalieri (di cui 3 DEA di 1° livello) che aggregano n. 12 plessi ospedalieri;
- il Dipartimento di Prevenzione (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento Salute Mentale (dipartimento strutturale);
- il Dipartimento delle Dipendenze (dipartimento strutturale).

L'autonomia gestionale delle Macrostrutture connotate quali Centri di responsabilità è attuata attraverso la definizione del conto economico di struttura e del relativo budget di spesa, nell'ambito delle procedure annuali di budget che definiscono anche l'assegnazione degli obiettivi di performance operativa/assistenziale.

➢ Ambito Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico, garante della collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'ASL, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini. Esso cura sia le funzioni di erogazione diretta delle prestazioni che l'armonizzazione trasversale di processi e interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra i diversi stakeholder. In tale cornice, la prevenzione collettiva è promossa secondo una logica di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di famiglia, i Pediatri di libera scelta, l'Arpa e tutte le Strutture che, a diverso titolo, sono coinvolte nella tutela della salute pubblica, secondo le linee di indirizzo della programmazione regionale, declinate nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano Regionale Integrato dei Controlli.

Il Dipartimento di Prevenzione e le Unità Operative in cui è articolato, operano mediante articolazioni "centrali" competenti per l'intero territorio dell'ASL e articolazioni "territoriali periferiche" calate nei contesti territoriali locali.

L'architettura organizzativa garantisce tutte le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica; in particolare: • Profilassi delle malattie infettive e parassitarie; • Tutela della collettività e dei singoli rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali e le evidenze emerse dal registro tumori; • Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; • Tutela igienico-sanitaria degli alimenti; • Sorveglianza e prevenzione nutrizionale; • Attività di prevenzione rivolta alla persona, quali coordinamento e linee guida per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonché per programmi di diagnosi precoce (screening); • Tutela della salute; • Verifica e vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi; • Medicina dello sport.

Circa le attività di prevenzione di elevata complessità, la Regione Campania ha provveduto con deliberazione GRC n. 867 del 14/12/2010 ad istituire un Polo didattico integrato (PI), attivato con protocollo di intesa tra Regione

Campania e l'Università degli studi di Napoli nell'ottica di garantire prestazioni sanitarie di elevata complessità, la didattica e la ricerca finalizzata in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. L'operatività del PI è garantita dai centri di riferimento regionali attivati presso le AA.SS.LL e da esse gestite unitamente al Dipartimento di Medicina Veterinaria Federico II di Napoli e all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno di Portici (IZSM).
I Centri di Riferimento Regionali ubicati presso l'ASL Salerno sono tre come di seguito:
- CRiSSap Centro di Riferimento Regionale Sicurezza Sanitaria del pescato – Il centro fa da fulcro e raccordo tra Enti competenti sulla sicurezza sanitaria del pescato e sulla profilassi delle malattie delle specie ittiche attraverso un'attività di II livello;
- CRESAN Centro di Riferimento Regionale Sanità Animale – Il centro sviluppa nuovi modelli e tecnologie applicate al controllo delle malattie infettive degli animali domestici fornendo supporto alle ASL;
- CeR VEnE Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Gestione delle Emergenze – Svolge attività di assistenza tecnica e scientifica nella stesura di Piani di manuali operativi in caso di Emergenze Veterinarie Epidemiche e non Epidemiche relativamente alla salute degli animali e alla sicurezza alimentare. Si interessa di programmi di formazione specifica con collegamenti al sistema di Protezione Civile.

In considerazione del fatto che il territorio della provincia di Salerno è colpito da emergenze epidemiche e non epidemiche di alta gravità, quali ad esempio la PSA (Peste Suina Africana) oltre che da frane, esondazioni, alluvioni (Emergenza Sarno, Esondazioni Sele, Sarno e Tanagro), nella linea d'attività del Dipartimento che riguarda i flussi e l'epidemiologia veterinaria, è prevista anche la gestione delle emergenze veterinarie tramite i suddetti centri integrati Regione/ASL Salerno di prevenzione e previsione per la mitigazione dei rischi e gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche, con relativi obiettivi di performance riferiti alla diffusione e applicazione dei Manuali Operativi Aziendali adottati con delibera ASL.

- Ambito Assistenza distrettuale

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

- Cure Primarie;
- Materno-Infantile;
- Riabilitazione e Sociosanitario;
- Cure domiciliari.

L'Azienda mira a sviluppare e organizzare le attività di Assistenza sanitaria di base anche attraverso le nuove articolazioni contemplate ai sensi del succitato D.M. n. 77 del 23/05/2022, orientato a promuovere l'integrazione con l'ambito socio-sanitario e con i servizi ospedalieri, anche attraverso l'assistenza domiciliare, al fine di migliorare l'efficienza e la capacità di presa in carico dei cittadini.
Sono pertanto costituite nel Distretto nuove articolazioni organizzative denominate "aggregazioni funzionali territoriali (**AFT**)", all'interno delle quali operano Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta o Specialisti ambulatoriali coordinati in *team* funzionali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi.
In tale innovativo modello delle cure primarie sono inoltre contemplate forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie (**UCCP**)", che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità

convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
Per la piena realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal succitato D.M. n. 77 del 23/05/2022, è prevista, attraverso l'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la realizzazione di nuove strutture sanitarie finalizzate all'attuazione di una modalità cosiddetta *one health*, ossia prossima territorialmente e indirizzata ad una presa in carico olistica, quali: a) Case della comunità; b) Ospedali di comunità; c) Centrali operative di emergenza. Sulla stessa direttrice, inoltre, si innestano i nuovi modelli organizzativi avviati a partire dai pregressi esercizi 2024 e 2025 attraverso le cosiddette Botteghe di Comunità e la Telemedicina, ampiamente trattati in altre sezioni del presente documento (Valore Pubblico; Piano della Performance).

Per quanto attiene alla programmazione socio-sanitaria del Distretto, l'Azienda cura attraverso il Coordinamento socio-sanitario e le strutture distrettuali dedicate, l'integrazione tra il Piano delle Attività Territoriali (PAT), adottato annualmente dal Distretto, ed il Piano di Zona dei servizi sociali sottoscritto da tutti i Direttori dei Distretti dello stesso Ambito Sociale, al fine definire ed attuare in modo coordinato gli interventi sociali ad alto impatto sanitario.
Tale modalità attiene a tutte le attività assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.L.gs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01 e successive indicazioni regionali e ministeriali, costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali).
Il Distretto, inoltre, costituisce il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, sempre attraverso una forte integrazione con i servizi socio-sanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.
Obiettivo fondamentale, infatti, è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio evitandone l'ospedalizzazione, attivando ove possibile (per condizioni abitative e presenza del *caregiver*) le **cure domiciliari**, che rappresentano il più appropriato *setting* per l'assistenza alla persona malata in condizione di fragilità, accrescendone l'*empowerment* e la capacità di autogestione consapevole dei bisogni.
Tale *setting*, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute e dalle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

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

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

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla

disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di salute globale della persona.

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

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

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

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

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

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

La Rete aziendale degli Hospice della ASL Salerno è così costituita:

	Denominazione	Tipo	Comune	Stato
SA	Hospice Cure palliative di Sant'Arsenio	Hospice pubblico	Sant'Arsenio	Attivo
SA	Hospice Cure palliative "Il Giardino dei Girasoli"	Hospice pubblico	Eboli	Attivo
SA	Hospice Cure palliative La Casa di Lara	Hospice pubblico	Salerno	Attivo
SA	Hospice Cure palliative di Pagani	Hospice pubblico	Pagani	In programmazione

- Ambito Assistenza Ospedaliera

Presidi ospedalieri ASL Salerno

Modello NSIS_HSP 12 - Posti letto Strutture pubbliche

Presidi Ospedalieri		Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	Totale
DEA Nocera-Pagani-Scafati	P.O. Nocera Inferiore	287	3	290
	P.O. Pagani	61	0	61
	P.O. Scafati	53	24	77
DEA Eboli-Battipaglia-Roccadaspide	P.O. Eboli	124	9	133
	P.O. Battipaglia	120	0	120
	P.O. Roccadaspide	61	0	61
DEA Vallo-Agropoli	P.O. Vallo della Lucania	235	0	235
	P.O. Agropoli	20	20	40
P.O. Sarno	P.O. Sarno	133	0	133
P.O. Oliveto Citra	P.O. Oliveto Citra	82	0	82
P.O. Polla	P.O. Polla	183	2	185
P.O. Sapri	P.O. Sapri	105	0	105
Totale ASL		**1.464**	**58**	**1.522**

Case di cura convenzionate ASL Salerno

Modello NSIS_HSP 13 - Posti letto Strutture private accreditate			
Case di Cura	Acuti	Lungodegenza e Riabilitazione	Totale
CdC Campolongo Hospital CEMFR - Eboli	30	230	260
CdC Cobellis - Vallo della Lucania	101	0	101
CdC Malzoni ICM - Agropoli	102	0	102
CdC Salus - Battipaglia	90	0	90
CdC Tortorella - Salerno	143	0	143
CdC Hippocratica Villa del Sole - Salerno	80	0	80
CdC La Quiete-Salerno	0	43	43
CdC Villa Chiarugi-Nocera	0	40	40
CdC Silba Montesano-Roccapiemonte	0	70	70
Totale Privato Accreditato	**546**	**383**	**929**

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

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

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

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

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

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

Il Direttore di Unità Operativa Complessa e il Dirigente Responsabile di Unità Semplice a valenza dipartimentale, salva diversa determinazione del Direttore Generale, sono responsabili dei procedimenti di competenza dell'Unità medesima.
Le Unità Operative semplici sono dotate di autonomia operativa che comporta l'utilizzazione e/o la gestione di risorse dedicate o condivise con la U.O.C. di appartenenza. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla struttura complessa sovraordinata, di cui rappresentano articolazione interna. Esse dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza e partecipano, anche oltre la specificità dei compiti affidati, alla realizzazione complessiva degli obiettivi assegnati alla U.O.C.

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

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

Professionisti convenzionati interni

I medici convenzionati sono:
n. 836 Medici di Medicina Generale
n. 127 Pediatri di Libera Scelta
n. 561 Medici di Continuità assistenziale
n. 394 Specialisti ambulatoriali convenzionati interni

Strutture private provvisoriamente accreditate

Operano inoltre le seguenti strutture private provvisoriamente accreditate:
n. 310 Farmacie private;
n. 31 Farmacie comunali;
n. 9 Case di Cura per un totale di 952 posti letto;
n. 29 Centri di riabilitazione;
n. 15 Residenze Sanitarie Assistite (private 8; pubbliche 7);
n. 2 Comunità per tossicodipendenti;
n. 6 Strutture termali;

n. 117 Laboratori analisi;
n. 40 Centri diagnostica radiologica e radioterapia;
n. 3 Centri di medicina nucleare
n. 25 Centri di fisiokinesiterapia;
n. 20 Centri di dialisi;
n. 5 Centri di diabetologia;
n. 25 Specialisti convenzionati (Cardiologia 16; Altro 9).

3.2 Piano delle Azioni Positive

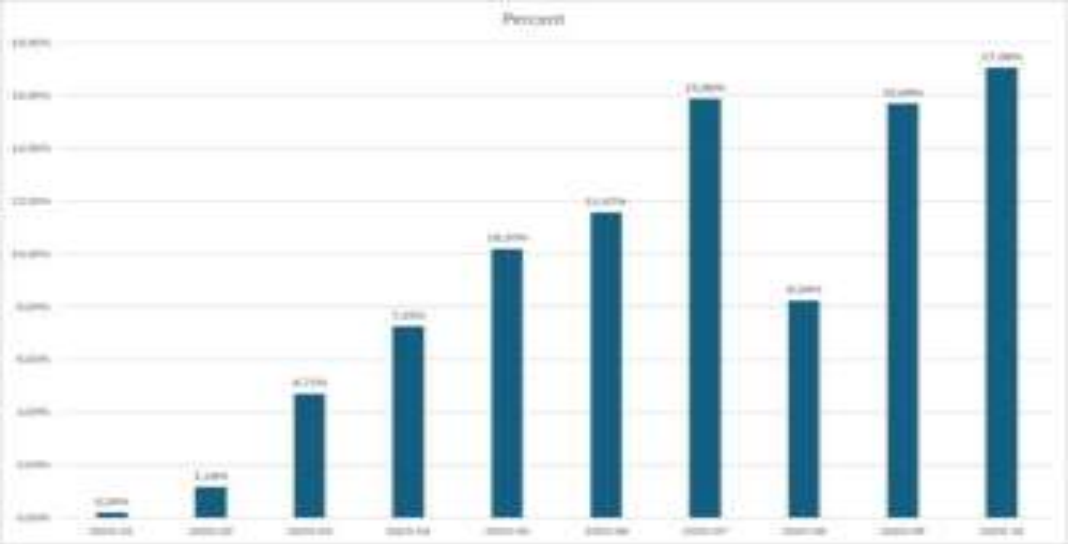
Con il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione sono definiti gli indirizzi strategici e operativi aziendali anche per l'ambito di competenza della *UOC Governance dei Processi di Telemedicina e Intelligenza Artificiale*, concernente precipuamente lo sviluppo dei servizi digitali sanitari, che in quanto finalizzati ad ottimizzare la fruibilità dei servizi sanitari da parte dell'utenza sono appellabili quali azioni positive. I contenuti che seguono sono in coerenza con la normativa vigente, con particolare riferimento al D.M. 77/2022, al PNRR – Missione 6 e alle linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina.

La trasformazione digitale della sanità richiede un ripensamento dei servizi territoriali e ospedalieri, nonché delle regole che oggi regolano il SSN con particolare attenzione alla possibilità di utilizzo sempre più pregnante delle nuove tecnologie in particolare per la gestione delle cronicità, la continuità assistenziale, soprattutto in territori disagiati, la presa in carico dei pazienti fragili e all'abbattimento del *digital divide*.

La *UOC Governance dei Processi di Telemedicina e Intelligenza Artificiale* si inserisce in tale scenario con funzioni di governo, coordinamento e innovazione dei modelli di telemedicina, telemonitoraggio e IA, al fine di assicurare standard operativi uniformi e qualità nei processi clinico-assistenziali.

La UOC ha infatti la missione di progettare, sviluppare e governare i processi di telemedicina e le iniziative basate su intelligenza artificiale, assicurando qualità, sicurezza, equità e integrazione dei servizi digitali nel sistema territoriale e ospedaliero aziendale, con l'obiettivo di realizzare un ecosistema sanitario digitale evoluto, efficace, inclusivo e capillare, capace di migliorare i servizi offerti al cittadino e utilizzare la Sanità Digitale in funzione di una Sanità equa ed efficiente.

Ufficialmente avviata nel luglio 2025, la UOC ha implementato diverse iniziative che hanno portato a un aumento delle visite in telemedicina del 4,31% rispetto al periodo precedente. Escludendo l'anomalia del mese di agosto, il trend generale mostra una crescita positiva e costante.



Nel disegnare un approccio innovativo ed efficiente alla Sanità Digitale, puntando ad una *mission* socio-sanitaria unitaria con il cittadino-paziente al centro dell'intero processo di cura in qualsiasi parte del territorio risieda e a prescindere dall'età e dal grado di alfabetizzazione tecnologica, la UOC ha fondato i suoi obiettivi strategici sui fondamentali del nuovo sistema come di seguito illustrati.

3.2.1 Realizzazione dell'Ospedale Virtuale di Comunità

Obiettivo: implementare un modello di assistenza domiciliare avanzata con monitoraggio attivo, finalizzato alla riduzione dei ricoveri impropri e al potenziamento della transizione ospedale-territorio.

Azioni principali:

- definizione dell'architettura organizzativa (centrale operativa, team virtuale);
- implementazione di sistemi di monitoraggio remoto con dispositivi medicali certificati;
- applicazione di algoritmi di IA per early warning e stratificazione dei rischi;
- attivazione di percorsi domiciliari integrati con ADI e CAU;
- valutazione degli esiti clinici e dei benefici in termini di riduzione degli accessi ospedalieri.

3.2.2 Sviluppo degli Ambulatori Virtuali di Comunità

Obiettivo: gli Ambulatori Virtuali rappresentano un modello di telemedicina di prossimità promosso dall'ASL di Salerno tramite la UOC Governance dei Processi di Telemedicina e Intelligenza Artificiale. Si tratta di spazi comunali attrezzati dove i cittadini possono accedere in modalità assistita e tramite la piattaforma regionale "SINFONIA" a visite specialistiche, controlli periodici e rinnovi di piani terapeutici, senza doversi recare in ospedale. Il servizio copre numerose branche cliniche e garantisce gli stessi standard di qualità, privacy e sicurezza della telemedicina

domiciliare. La presenza di un facilitatore digitale supporta i pazienti nell'uso della tecnologia e nell'accesso alle prestazioni. L'iniziativa favorisce l'accessibilità alle cure, riduce affollamenti ospedalieri, promuove l'inclusione digitale e costituisce un esempio virtuoso di collaborazione tra ASL e Comuni, integrando risorse e infrastrutture per una rete territoriale più efficiente e resiliente.

Azioni principali:

- Realizzazione di spazi comunali attrezzati con postazioni dedicate, connessione stabile e strumenti tecnologici adeguati per la telemedicina;
- Utilizzo della piattaforma regionale certificata "SINFONIA" per consentire collegamenti in tempo reale tra pazienti e specialisti;
- Presenza facilitatore digitale per abbattere il gap digitale;
- Sviluppo di Agente di Intelligenza Artificiale per il CS dei pazienti;
- Attivazione di servizi specialistici coprendo diverse branche cliniche e gestione delle cronicità garantendo continuità assistenziale e follow-up;
- Formazione continua del personale sanitario e dei facilitatori digitali, dedicati a supportare i pazienti nell'uso della tecnologia e nell'accesso alle prestazioni;
- Monitoraggio dei principali KPI relativi ad accessi, presa in carico, esiti clinici e soddisfazione degli utenti;
- Promozione della collaborazione tra ASL e Comuni per ottimizzare risorse, ridurre affollamenti ospedalieri e creare una rete territoriale più efficiente, resiliente e vicina ai cittadini.

3.2.3 Implementazione dei Servizi Territoriali di Telemedicina attraverso le Botteghe di Comunità

Obiettivo: garantire l'accesso ai servizi digitali nelle aree interne e tra le comunità socialmente vulnerabili, attraverso punti fisici assistiti da personale formato, che già fornisce anche supporto medico in presenza. L'impiego delle Botteghe come sedi per l'implementazione della medicina territoriale e virtuale nelle zone interne della provincia di Salerno rappresenta un passaggio strategico per lo sviluppo dei servizi sul territorio, offrendo l'opportunità di sperimentare l'uso di dispositivi medici collegati da remoto con ambulatori virtuali o con l'ospedale virtuale.

Azioni principali:

- allestimento di postazioni digitali abilitate alla telemedicina;
- formazione di operatori comunitari come facilitatori digitali;
- erogazione di televisite, telemonitoraggi e servizi amministrativi digitali;
- integrazione operativa con Ospedale e Ambulatori Virtuali;
- campagne di alfabetizzazione digitale per i cittadini.

3.2.4 Sviluppo del Servizio di Telemedicina Penitenziaria

Obiettivo: assicurare ai detenuti adeguata e tempestiva assistenza specialistica, riducendo i trasferimenti verso strutture ospedaliere e migliorando la continuità delle cure.

Azioni principali:

- attivazione di percorsi protetti per televisite e teleconsulti specialistici;

- integrazione dei sistemi informativi sanitari penitenziari con quelli aziendali e con FSE;
- protocolli clinici per medicina interna, psichiatria, infettivologia e cronicità;
- formazione del personale sanitario e della polizia penitenziaria;
- definizione di indicatori di accesso, tempi di risposta e continuità terapeutica.

Nella triennalità 2026-2028 la UOC ha in programma di realizzare una serie di Progetti sperimentali per l'utilizzo di *device* da remoto i cui processi saranno poi implementati e standardizzati per l'intera Asl dopo un periodo di rodaggio e una analisi positiva dei costi-benefici.

Nel 2026 è già in avanzato stato di programmazione l'avvio dei seguenti progetti sperimentali che vedranno la propria realizzazione nelle Botteghe di Comunità.

3.2.5 Progetto Sperimentale Radiologia Domiciliare 2026

Il progetto mira a fornire un servizio di radiologia domiciliare dedicato a pazienti fragili, disabili, cronici o oncologici, impossibilitati a recarsi in ospedale, residenti nelle aree che afferiscono alle Botteghe di Comunità.

Gli esami disponibili comprendono torace, articolazioni, arti, bacino, femore e addome, eseguiti da un team multidisciplinare composto da medici di base e specialisti, TSRM, medici radiologi ed esperti in fisica medica e radioprotezione.

L'organizzazione operativa prevede due uscite settimanali con due TSRM, con richieste valutate dal medico radiologo e l'utilizzo di unità radiologiche mobili con sistema digitale diretto (DR). Sono garantite misure di radioprotezione per operatori e pazienti, con esposizioni ben al di sotto dei limiti normativi. La formazione del personale include percorsi su sicurezza, qualità tecnica e relazionale e tutela della privacy.

Il progetto che partirà in via sperimentale nel 2026 ha lo scopo di essere poi esteso a tutto il territorio dell'Asl Salerno on priorità legata alla popolazione fragile.

3.2.6 Progetto di Screening della Retinopatia Diabetica – ASL Salerno

La retinopatia diabetica (RD) rappresenta una delle principali complicanze del diabete e la causa principale di cecità in età lavorativa nei paesi industrializzati. In Italia, nonostante l'esistenza di programmi di screening, molti pazienti diabetici sviluppano complicanze oculari rilevate spesso in fase medio-avanzata, a causa di difficoltà nell'accesso a screening diffusi e sistematici. Il riconoscimento precoce delle lesioni retiniche è cruciale per prevenire la progressione verso deficit visivi gravi o cecità, e i programmi di screening strutturati risultano altamente costo-efficaci.

All'interno del territorio della ASL Salerno, si intende avviare un modello organizzativo sperimentale di screening della RD, basato su retinografia non midriatica, logiche di medicina di iniziativa e presa in carico proattiva dei pazienti diabetici. La popolazione viene stratificata secondo intensità dei bisogni, con percorsi digitalizzati per l'individuazione e la gestione dei pazienti. Il progetto prevede l'impiego delle Botteghe della Comunità come sedi fisiche di prossimità: 27 ambulatori infermieristici distribuiti nei comuni coinvolti, funzionanti da "spoke", e un ambulatorio multispecialistico situato nel Comune di Valle dell'Angelo che funge da "hub", con attività mediche specialistiche per diabete, malattie cardiovascolari, respiratorie, cerebrovascolari e demenze.

Gli obiettivi specifici del protocollo includono:

- identificare pazienti diabetici non ancora inseriti nella rete diabetologica aziendale e indirizzarli al Centro Anti Diabete (CAD) di riferimento;
- garantire percorsi diagnostico-terapeutici uniformi e conformi alle linee guida per pazienti con RD;
- assicurare accessibilità rapida ai servizi e alti standard di cura in tutte le fasi della malattia;
- ridurre ospedalizzazioni per complicanze oculari e l'incidenza di ipovisione o cecità da RD.

Questo modello sperimentale mira a rafforzare la rete territoriale di telemedicina, prevenire le complicanze visive legate al diabete e migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare e tecnologicamente supportato.

3.2.7 Progetto Agente di IA e assistenza per Customer Service ai pazienti

La *UOC Governance dei Processi di Telemedicina e IA* sta sviluppando un Agente di Intelligenza Artificiale con funzioni strategiche sia nella gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie sia nel supporto completo alla telemedicina che entrerà in funziona in via sperimentale nel 2026 presso le Botteghe di Comunità.

L'Agente sarà operativo in tutte le fasi del percorso del paziente, dalla prenotazione alla televisita, automatizzando processi ripetitivi e garantendo assistenza H 24/7, continuità di servizio e tempestività nelle risposte. Dal punto di vista organizzativo, consentirà di ottimizzare le risorse umane, liberando personale per attività a maggior valore clinico; per i cittadini, offrirà un'esperienza più fluida e accessibile, con promemoria, supporto guidato e gestione intelligente delle prenotazioni, migliorando l'aderenza ai percorsi di cura. Integrato negli Ambulatori Virtuali di Comunità, l'Agente fungerà da punto di collegamento tra ASL, CUP, comuni e pazienti, facilitando la programmazione delle visite e supportando anche i cittadini non digitalizzati, rendendo la telemedicina più inclusiva e rafforzando l'efficienza complessiva del sistema sanitario territoriale.

3.2.8 Progetto Teleriabilitazione

Il progetto di Teleriabilitazione rappresenta un esempio di strategia sperimentale efficace, volta a un pubblico selezionato per valutare sia il livello di soddisfazione dei pazienti sia i benefici per l'organizzazione. Dopo la fase pilota realizzata con il progetto LINEA PROGETTUALE DGRC 11/2023 - LP1 Cure, il progetto è ora in fase di ampliamento e, a partire dal 2026, sarà esteso all'intera ASL Salerno.

In chiave di modelli sostenibili, l'implementazione dei Servizi di Teleriabilitazione Territoriale (STR) nell'ambito della telemedicina consente, a ben vedere di garantire un accesso più equo e sostenibile alle prestazioni riabilitative, riducendo la necessità di spostamenti verso i poliambulatori e centri di FKT, con conseguente diminuzione delle emissioni di CO_2 e del carico economico e temporale sui caregiver. Grazie alle tecnologie innovative di teleassistenza, tali servizi favoriscono la transizione digitale, superano barriere geografiche e sociali e contribuiscono a rafforzare la coesione sociale e la continuità dei percorsi terapeutici, anche in aree interne (Alto Cilento) e zone a elevato afflusso turistico (Costa d'Amalfi, Capaccio-Paestum) dove i tempi di percorrenza sono maggiori. Il progetto-pilota *"Rehability@Home"* e il relativo Spoke 1 del programma FIT4MEDROB illustrano come, attraverso il potenziamento umano, tecnologico e organizzativo dei presidi ambulatoriali della ASL Salerno (Distretti n. 60, 63, 66, 70 e 72), sia possibile garantire un'offerta omogenea e sostenibile di teleriabilitazione su tutto il territorio provinciale, promuovendo uno sviluppo intelligente, inclusivo e rispettoso dell'ambiente.

3.3 Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda ha disciplinato l'applicazione del lavoro agile e lavoro da remoto con appositi regolamenti, separatamente per il personale del comparto e per il personale dirigente dell'area professionale tecnico e amministrativo.

Tali regolamenti sono stati approvati rispettivamente con delibera n. 475 del 19/03/2024 ad oggetto "*Approvazione del Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile e Lavoro da remoto - Personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale*" e delibera n. 1767 del 22/11/2024 ad oggetto "*Approvazione del Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile - Personale Dirigente Funzioni Locali - Area Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN*", pubblicati sul sito istituzionale alla sezione trasparenza/Regolamenti (HOME » AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE » DISPOSIZIONI GENERALI » ATTI GENERALI » REGOLAMENTI).

3.4 Piano Triennale dei fabbisogni di personale

L'obiettivo programmatico per l'anno 2026 riferito alle dotazioni organiche nei vari profili dirigenziali e di comparto è da ricondursi al Piano aziendale di fabbisogno del personale del triennio 2024-2026 approvato con delibera n. 533 del 11/04/2025. Tale Piano trova riferimenti parametrici nei criteri di determinazione del fabbisogno di personale approvati con la deliberazione GRC n. 190 del 19/04/2023.

Il quadro assunzionale del triennio 2024-2026, compendiato nel sottostante prospetto Tabella A PTFP 2024-2026, evidenzia e conferma appieno quanto in premessa rappresentato circa il margine di carenza organica ancora residuo, che impone un ulteriore sforzo al pari di quanto fin qui profuso da parte di questa Direzione Strategica per il completamento delle dotazioni organiche, risposta indispensabile al bisogno assistenziale espresso e potenziale della popolazione di riferimento.

Tabella A PTFP 2024-2026

	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 SSN *	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	*di cui standard penitenziaria*	FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA
RUOLO SANITARIO	**5.594**	**7.362**	**96**	**1.706**	**890**
Dirigenti Medici	1.484	2.659	18	1.141	331
Dirigenti Sanitari non medici	156	230	29	71	65
Personale del comparto area sanitaria	3.954	4.473	49	494	494
di cui infermieri	*3.331*	*3.675*	*43*	*336*	336
di cui ostetriche	*154*	*188*		*21*	21

di cui tecnici sanitari	*417*	*500*		*79*	79
di cui altro personale comparto san.	*52*	*110*	*6*	*58*	58
RUOLO SOCIO-SANITARIO	**803**	**1.095**	**25**	**228**	**198**
Personale del comparto area sociosanitaria	803	1.095	25	228	198
di cui OSS	748	980	15	170	167
di cui Assistenti sociali	55	115	10	58	31
RUOLO TECNICO	**333**	**458**	**-**	**120**	**97**
Dirigenti	19	50		31	8
Personale del comparto area tecnica	314	408		89	89
RUOLO PROFESSIONALE	**25**	**35**	**-**	**9**	*5*
Dirigenti	24	30	-	5	5
Personale del comparto area professionale	1	5	-	4	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	**755**	**882**	**6**	**124**	**123**
Dirigenti	32	40	1	5	4
Personale del comparto area amministrativo	723	842	5	119	119
TOTALE	**7.510**	**9.832**	**127**	**2.187**	**1.313**

Circa le necessità assunzionali correlate al DM Salute del 23 maggio 2022 n. 77 sopra richiamato, si compendia nel sottostante prospetto Tabella DM77 PTFP 2024-2026 / PNRR il quadro per la concreta attuazione dei nuovi modelli e standard dell'assistenza territoriale.

Tabella DM77 PTFP 2024-2026 / PNRR							
	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 *	**TOTALE STANDARD DM 77**	**TOTALE STANDARD DM 77 CdC**	**TOTALE STANDARD DM 77 OdC**	**TOTALE STANDARD DM 77 COT**	**TOTALE STANDARD DM 77 USCA**	**FABBISOGNOAZIENDA 2024/2026**
RUOLO SANITARIO	**0**	**552**	**351**	**101**	**78**	**22**	**552**
Dirigenti Medici		29		18		11	29
Dirigenti Sanitari non medici							

Personale del comparto area sanitaria		523	351	83	78	11	523
di cui infermieri		172		*83*	*78*	11	172
di cui infermieri di famiglia		351	351				351
RUOLO SOCIO-SANITARIO	**0**	237	**165**	**72**			237
Personale del comparto area sociosanitaria		237	165	72	-	-	237
di cui OSS		184	130	54			184
di cui Assistenti sociali		53	35	18			53
RUOLO TECNICO	**0**	-	-	-	-	**-**	-
Dirigenti							
Personale del comparto area tecnica							
RUOLO PROFESSIONALE	**0**	-	-	-	-	**-**	-
Dirigenti							
Personale del comparto area professionale							
RUOLO AMMINISTRATIVO	**0**	54	**33**	-	**21**	**-**	54
Dirigenti							
Personale del comparto area amministrativo		54	33	-	21		54
TOTALE	**0**	**843**	**549**	**173**	**99**	**22**	**843**

3.5 Piano della Formazione

L'articolazione del Piano di Formazione aziendale viene predisposta annualmente. Vengono di seguito riportati i criteri metodologici e le finalità del Piano di Formazione approvato per l'anno 2025, in continuità del quale verrà approvato il Piano 2026.

3.5.1 Introduzione

L'evoluzione del lavoro nelle organizzazioni e in particolare nel settore sanitario impone una riconfigurazione del modello formativo in grado di supportare le risorse umane non solo nello svolgimento delle attività operative (compiti/task) ma anche riguardo le modalità di svolgimento delle mansioni, in modo da raggiungere adeguati livelli di efficacia e di efficienza. In tale contesto, risulta necessario che il personale dipendente acquisisca competenze trasversali al fine di interpretare i ruoli organizzativi ricoperti; il modo di approcciarsi con il team, pianificare il lavoro, gestire problemi lavorativi e relazioni in contesti dinamici, complessi e talvolta imprevedibili. Infatti, la nuova Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, riguardante la formazione e valorizzazione del capitale umano recante "*Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti*", è proprio orientata verso lo sviluppo delle competenze trasversali.

Il Piano Formazione definisce la programmazione delle attività formative all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Salerno per l'anno 2026 al fine di aggiornare e sviluppare competenze tecnico – professionali e trasversali per tutte le risorse umane, indipendentemente dai ruoli/incarichi e posizioni ricoperte. Nell'ottica di una co-creazione di valore pubblico aziendale, attraverso il Piano di Formazione viene adottata una *leadership* partecipativa che permette la definizione condivisa di corsi di formazione proposti da differenti livelli aziendali quali UOC/UOSD e UOS, comprese tutte le altre articolazioni aziendali. L'adozione di un modello formativo bottom-up (corsi proposti) intersecato con il modello top-down (corsi obbligatori) si prefigge di coinvolgere a tutti i livelli le risorse umane al fine di motivare il personale dipendente e renderlo parte attiva di una progettualità sistemica formativa. Il Piano Formazione si pone come obiettivo di migliorare i processi del sistema aziendale offrendo servizi in coerenza con i programmi nazionali, regionali e aziendali.
In particolare, il Piano Formazione 2026 prevede la realizzazione di: (i) eventi formativi residenziali (RES) e (ii) eventi formativi a distanza (FAD), sia nella tipologia asincrona che sincrona, attraverso l'utilizzo, in autonomia e appropriatezza, di apposita piattaforma informatica. Infatti, la UOC Formazione e Aggiornamento svolge funzione di orientamento e supporto per la realizzazione di corsi di formazione e la promozione dello sviluppo di competenze trasversali: comunicazione intra e inter aziendale, capacità di lavorare in team, competenze digitali, etc. Nell'ottica di adottare modelli organizzativi innovativi e sostenibili, l'azienda promuove corsi di formazione anche riguardanti la sostenibilità ambientale, sociale e di *governance*.

3.5.2 Obiettivi Formativi Piano Formazione 2026

Le attività formative sono programmate e realizzate considerando il Programma Nazionale E.C.M., il Piano Sanitario Nazionale e i Piani Sanitari Regionali (Art. 28 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano). Inoltre, gli obiettivi formativi, si differenziano in: (i) tecnico – professionali, (ii) di processo e (iii) di sistema. (Manuale Nazionale Accreditamento ECM).
Di seguito si elencano gli obiettivi formativi differenzianti in tre macroaree:

3.5.3 Macroarea - obiettivi tecnico – professionali

10.	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
18.	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
19.	Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà;
20.	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;

21.	Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
22.	Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali;
23.	Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
24.	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
25.	Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
26.	Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
27.	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
28.	Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
29.	Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
34.	Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
35.	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
36.	Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;

37.	Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;
38.	Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

3.5.4 Macroarea - obiettivi di processo

3.	Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
4.	Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
7.	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
8.	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
9.	Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
11.	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
12.	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
13.	Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
14.	Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;
15.	Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;

30.	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;
32.	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

3.5.5 Macroarea - obiettivi di sistema

1.	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
2.	Linee guida - protocolli - procedure;
5.	Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
6.	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
16.	Etica, bioetica e deontologia;
17.	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;
31.	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;
33.	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema.

3.5.6 Articolazione del Piano Formazione 2026

Il Piano è articolato in due Sezioni. La prima prevede corsi a carico del Fondo Formazione, la seconda corsi a carico dei Fondi Finalizzati. Per ogni corso sono specificati gli elementi generali di ciascun progetto formativo e precisamente: la struttura proponente; il titolo; il responsabile scientifico; gli obiettivi formativi e i contenuti

di massima; la durata; il numero dei partecipanti e le categorie professionali destinatarie. Inoltre, i corsi di formazione sono destinati al personale dipendente e convenzionato, in attuazione dei programmi formativi validati dagli organismi aziendali preposti alla Formazione. Di volta in volta, in relazione a specifiche e motivate esigenze formative possono essere ammessi ai corsi, soltanto in qualità di partecipanti, anche professionisti, operatori, soggetti esterni all'ASL Salerno.

3.5.7 Risorse finanziarie dedicate

L'Azienda per la realizzazione dei corsi inseriti nel Piano 2026 (Sezione 1) mette a disposizione un importo pari a euro 243.000,00. Inoltre, i corsi inclusi nella Sezione 2 sono realizzati attraverso l'utilizzo di risorse provenienti da fondi nazionali e regionali finalizzati.

3.5.8 Percorso di costruzione e gestione del piano delle attività formative interne

L'iter di costruzione del Piano ha preso avvio con l'invio della richiesta alle Strutture aziendali di presentare programmi formativi rispondenti allo specifico fabbisogno formativo. L'UOC Formazione e Aggiornamento ha assicurato la fase di elaborazione del Piano Formazione attraverso le seguenti azioni: (i) analisi delle progettualità pervenute e della loro coerenza con obiettivi aziendali, regionali, nazionali e individuazione dei programmi da inserire nella proposta di Piano Formazione; (ii) elaborazione della proposta di Piano Formazione; (iii) invio del Piano al Comitato Scientifico ECM per la validazione scientifica dei corsi e dei relativi responsabili scientifici; (iv) invio del Piano Formazione alle Organizzazioni Sindacali; (v) predisposizione della proposta di atto deliberativo per l'approvazione del Piano e sua divulgazione presso tutte le articolazioni aziendali.
In seguito all'approvazione del Piano Formazione con deliberazione del Direttore Generale, l'UOC Formazione e Aggiornamento provvede all'attuazione e gestione del Piano, attraverso le seguenti azioni: a) informazione ai Direttori dei Macrocentri proponenti e i Responsabili Scientifici sull'avvenuta approvazione del Piano; b) attivazione dei corsi inseriti nel Piano dopo aver acquisito i relativi progetti di dettaglio predisposti dai Responsabili Scientifici e previa verifica della congruità del Piano economico con le risorse assegnate, della coerenza dei contenuti e obiettivi indicati nel progetto di dettaglio con quelli presenti nel Piano Formazione, della conformità del programma proposto e delle modalità di esecuzione agli atti di indirizzo e regolamenti aziendali e in caso di difformità, indicazione di eventuali modifiche/integrazioni. L'UOC Formazione e Aggiornamento predispone, inoltre, lettere d'incarico per docenti, tutor, moderatori, individuati dai responsabili Scientifici e, per i corsi di particolare rilievo aziendale, dalla Direzione Strategica; cura l'istruttoria dei procedimenti amministrativi necessari all'attuazione ed erogazione degli eventi formativi; supervisiona e coordina le fasi di organizzazione ed erogazione Corsi; supporta le strutture aziendali nella fase di elaborazione di eventi in modalità FAD; supporta le strutture aziendali e i destinatari degli interventi formativi FAD nella fase di fruizione dei singoli corsi; provvede alla liquidazione delle spese sostenute ed effettua le procedure di accreditamento ECM, nel rispetto della normativa vigente.

3.5.9 La formazione obbligatoria

Il Piano di Formazione individua quale formazione obbligatoria gli interventi formativi rispondenti a uno o più dei seguenti criteri: a) corsi previsti come obbligatori da norme di legge (es. D.Lgs. 81, per Rappresentanti Lavoratori Sicurezza, etc.); b) corsi individuati come obbligatori dalla Direzione Generale, per le categorie di personale

indicate nelle disposizioni di attivazione di ciascun singolo coso; c) corsi proposti dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Funzioni Centrali aziendali. Inoltre, questi corsi costituiscono formazione obbligatoria per il personale afferente al Macrocentro/Servizio proponente, limitatamente ai profili professionali individuati quali destinatari nell'ambito del progetto operativo del corso redatto dal Responsabile Scientifico e condiviso dal Direttore responsabile del Macrocentro. Il progetto operativo può prevedere l'estensione del corso anche a strutture aziendali diverse da quella proponente, riservando alle stesse un numero determinato di iscrizioni.
Per assicurare una chiara individuazione dei destinatari della formazione obbligatoria, nell'ambito del progetto e/o della documentazione relativa a ciascun corso vengono precisati i seguenti elementi: (i) le aree di attività; (ii) le categorie professionali destinatarie della formazione; (iii) il numero massimo dei partecipanti. Inoltre, per ciascun corso proposto dai Presidi Ospedalieri /Distretti/Dipartimenti /Funzioni Centrali aziendali, quando prevista l'estensione del corso anche ad altre strutture, vengono indicate le specifiche categorie professionali destinatarie nonché il numero di iscrizioni riservate. Per i profili professionali che non prendono parte alla formazione obbligatoria, sulla base dei criteri e modalità procedurali sopra descritte, possono, in seguito alla presentazione di apposita richiesta, partecipare alla formazione facoltativa, purché si registri una disponibilità di iscrizioni.

3.5.10 Educazione Continua in Medicina

Nell'ambito della formazione professionale i corsi destinati al personale sanitario saranno accreditati ECM. A tal proposito, l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno risulta essere anche Provider Regionale ECM dall'Anno 2013.

3.5.11 Presentazione del Piano Formazione agli stakeholder

Nell'ottica di realizzare una formazione sistemica per tutte le risorse umane a tutti i livelli, l'Azienda Sanitaria Locale mette in atto continui e collaborativi confronti con i differenti enti a carattere sanitario, universitario, scientifico nonché con le organizzazioni sindacali. Infatti, le linee generali di indirizzo del Piano di Formazione sono sottoposte, ai sensi della normativa contrattuale vigente, anche al confronto con le 00.SS. al fine di apportare, quando necessario e compatibilmente con le risorse disponibili, eventuali modifiche e/o integrazioni.

3.6 Piano triennale per l'Informatica

L'Azienda ASL Salerno pianifica lo sviluppo delle tecnologie informatiche anche attraverso l'utilizzo dei fondi resi disponibili dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Decreto Ministeriale 77/2022), proseguendo anche nel 2026 i percorsi definiti secondo le progettualità della Missione 6 – Salute:

- M1C1: 1.1: Infrastrutture digitali e 1.2: Abilitazione al Cloud delle PA locali
- M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Il perseguimento degli obiettivi del PNRR riveste per l'Azienda carattere di priorità nonché di forte spinta all'innovazione ed alla digitalizzazione.

In particolare nel corso del 2025 l'ASL ha investito risorse PNRR nell'ammodernamento del parco tecnologico e digitali delle strutture ospedaliere e territoriali che presentavano un significativo grado di obsolescenza con aumento del rischio di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema.

Inoltre sempre nell'ambito PNRR l'ASL ha assegnato risorse per la migrazione dei sistemi informativi aziendali verso il Polo Strategico Nazionale (PSN) nell'obiettivo di dotare l'azienda di una infrastruttura cloud sicura, resiliente e sovrana, per ospitare dati e servizi critici, garantendo autonomia tecnologica, controllo dei dati e maggiore efficienza operativa, riducendo costi IT e migliorando l'innovazione digitale.

Il cloud è quindi da considerare non solo come una risorsa tecnologica ma anche e soprattutto come un nuovo paradigma strategico in quanto rappresenta una rivoluzione nel modo di gestire l'IT, passando da un modello di possesso hardware a un **servizio on-demand** basato su risorse virtualizzate, scalabili e accessibili ovunque, abilitando agilità, innovazione (AI, GenAI) e modelli ibridi/multi-cloud, e ponendo enfasi su sostenibilità, sovranità digitale e fiducia, non solo costo e prestazioni.

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

Si riportano di seguito i provvedimenti approvati nel 2025-2026 su proposta della UOC Servizio Informativo Aziendale e Transizione digitale che pianificano le attività per il prossimo triennio.

Delibera n. 39 del 11/01/2025 ad oggetto:

"Individuazione del Punto di contatto con l'Agenzia per la Cyber sicurezza nazionale (ACN) di cui sensi dell'articolo 7, comma 1, lettera c), del D.Lvo n.138 del04.09.2024."

Finalità: Designare come Punto di contatto, ai sensi ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 4 settembre 2024 n. 138, il dott. Tuozzo Antonio, dirigente Responsabile UOS Gestione Cloud, Sicurezza e Network per le attività indicate dall'articolo 4 della Determinazione del Direttore generale dell'Agenzia per la cybersicurezza nazionale protocollo numero 38565 del 26 novembre 2024;

Delibera n. 75 del 21/01/2025 ad oggetto:

"Individuazione della struttura organizzativa e del referente per la cybersicurezza della Azienda sanitaria locale "Salerno". Legge n. 90 del 28 giugno2024 recante "Disposizioni in materia di rafforzamento della cybersicurezza nazionale e di reati informatici"

Finalità: individuare la struttura di cui al comma 1, art.8, legge n.90 del 28.06.2024, la UOS Gestione Cloud, Sicurezza e Network; di nominare il dott. Tuozzo Antonio, dirigente Responsabile UOS Gestione Cloud, Sicurezza e Network,

referente per la cybersicurezza dell'Azienda sanitaria locale Salerno, ai sensi del comma 2 della medesima legge; di precisare che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi sul bilancio aziendale.
Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato - Modulo di Adesione ai Servizi del CSIRT di Regione Campania.

Un CSIRT (Computer Security Incident Response Team) è un team specializzato nella gestione degli incidenti di sicurezza informatica, che risponde a minacce come ransomware e data breach, svolge attività preventive e di analisi delle vulnerabilità, e coordina la risposta a livello nazionale (come nel caso del CSIRT Italia dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale). I CSIRT sono fondamentali per la cyber-resilienza, agendo per mitigare i danni, prevenire attacchi e fornire supporto in caso di emergenza, collaborando con organizzazioni pubbliche e private.
Il CSIRT quindi monitora, identifica e risponde in modo rapido agli incidenti (Incident Management); provvede inoltre ad una efficace azione di prevenzione diffondendo allert, informazioni sulle minacce e raccomandazioni per mitigare i rischi.
Tra le attività necessarie alla prevenzione dagli incidenti informatici il CSIRT Analizza vulnerabilità e raccoglie informazioni per aumentare la consapevolezza dello stato delle vulnerabilità in essere.

Delibera n. 956 del 23/06/2025 ad oggetto:

"Adesione all'Accordo di Cooperazione per la partecipazione al progetto "CSIRT- Campania" e recepimento degli allegati tecnici e amministrativi."

Finalità: sottoscrizione dell'Accordo di Cooperazione e dei relativi allegati (A, B e Modulo di adesione), quali parti integrante e sostanziale della presente deliberazione, come da nota dell'Ufficio Speciale per la Crescita e la Transizione Digitale, protocollo PG/2025/0211491 del 28.04.2025 della Regione Campania; di richiedere l'accreditamento della Asl Salerno al CSIRT di Regione Campania; di indicare quale referente in materia di sicurezza informatica dell'Accordo di Cooperazione il dott. Tuozzo Antonio, Responsabile della UOS Gestione Cloud, Sicurezza e Network dell'Asl Salerno;

Delibera n. 1204 del 07/08/2025 ad oggetto:

"Convenzione del 24.08.2022 per la realizzazione e la gestione di una nuova infrastruttura informatica al servizio della Pubblica Amministrazione denominata Polo Strategico Nazionale ("PSN"). Approvazione del Progetto del Piano dei fabbisogni n.2025-0000004701800650-PPdF-P2R2 del 31.07.2025 per Servizi di migrazione - CUP:C51C23000580006"

Finalità: approvazione il Progetto del Piano dei Fabbisogni n. 2025-0000004701800650-PPdF-P2R2 presentato in data 31.07.2025, alla luce del Contratto di utenza già stipulato con il PSN spa e approvato con delibera Asl Salerno n.711 del 30.04.2024, per un importo complessivo iva inclusa pari a € 277.943,30; di incaricare il Direttore della UOC Servizio informativo aziendale, quale RUP della procedura di adesione alla Multimisura di cui trattasi (PNRR M1C1 1.1 e 1.2), di procedere con tutti gli adempimenti consequenziali necessari, fino alla formulazione del verbale di collaudo finale (per asseverazione DTD); - di incaricare come Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC), il Dott. Antonio Tuozzo, dirigente analista, in servizio presso la proponente UOC; - di inviare copia della deliberazione alla UOC Servizio informativo aziendale e alla UOC Gestione dei flussi finanziari ed economico gestionali, per i rispettivi adempimenti consequenziali; - di inviare copia della deliberazione al Dipartimento della trasformazione digitale, al Polo strategico nazionale, e all'Ufficio Speciale per la Crescita e la Transizione Digitale (regione Campania);- di dichiarare la delibera immediatamente esecutiva, in modo da consentire l'immediato inserimento dei documenti approvati nella piattaforma padigitale2026.gov.it e le relative attività tecniche.

Delibera n. 1766 del 02/12/2025 ad oggetto:

"PNRR Missione 6 Componente 2 Sub Intervento 1.1.1. – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sedi DEA I e II livello. Presa d'atto del livello di Maturità digitale -Certificazione HIMSS EMRAM - CUP: C67H22000850006; C87H22000640006; C67H22000860006; C67H22000870006; C47H22000770006; C57H22000690006"

Finalità: di prendere atto della certificazione emessa da HIMSS, i cui estremi sono riportati nella seguente tabella, dalla quale risulta un incremento del livello di digitalizzazione dei DEA oggetto di investimento, pari a 2 sulla scala EMRAM, nonché il conseguimento del Target PNRR M6C2-8 – Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di livello I e II), come previsto nel Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo:

DEA 1° livello	Codice Unico	Certificazione HIMMS
Nocera/Pagani/Scafati	C67H22000850006	n.2005316 del 27.11.2025
Eboli/Battipaglia/Roccadaspide	C87H22000640006	n.2005319 del 27.11.2025
Vallo della Lucania/Agropoli	C67H22000860006	n.2005318 del 27.11.2025
Ospedale di Sarno	C67H22000870006	n.119262 del 27.11.2025
Ospedale di Polla	C47H22000770006	n.119265 del 27.11.2025
Ospedale di Sapri	C57H22000690006	n. 119256 del 27.11.2025

di approvare, sulla base dei quadri economici riportati nella Premessa della presente deliberazione:

- la Dichiarazione di completamento e operatività delle tecnologie e dei servizi di informatizzazione delle strutture ospedaliere (DEA livello I e II livello), secondo ilformat "Allegato 1";
- l' Elenco analitico delle relative progettualità finalizzate alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere sedi DEA, a valere sui fondi PNRR M6C2 1.1.1;

rese entrambe per ciascuno dei DEA della Asl Salerno;

Il quadro economico attuale delle risorse impegnate, sulla base del piano di digitalizzazione condiviso con la Direzione strategica aziendale, è rappresentato nella seguente tabella, a seguito della rimodulazione approvata da US11 e AGENAS:

DEA 1° livello	Codice Unico	Finanziamento	Impegnato	Residuo (*)
Nocera/Pagani/Scafati	C67H22000850006	6.745.835,64	6.670.675,47	75.160,17
Eboli/Battipaglia/Roccadaspide	C67H22000640006	5.228.135,17	5.192.367,50	35.767,67
Vallo della Lucania/Agropoli	C67H22000860006	4.700.667,53	4.592.316,44	108.351,08
Ospedale di Sarno	C67H22000870006	2.383.604,40	2.380.703,24	2.901,16
Ospedale di Polla	C47H22000770006	3.025.182,07	2.860.380,89	164.801,18
Ospedale di Sapri	C57H22000690006	1.962.894,23	1.961.207,15	1.687,08
Totale complessivo		24.046.319,04	23.657.650,69	388.668,35
(*) E' in corso impegno x acquisto	Tablet	% ==>	98,38	1,62

Si riportano di seguito i progetti implementati in ambito "Sanità Digitale" per il PNRR, sono elencati nella seguente tabella:

Nm	Progetto	Accordo Quadro Consip	Importo (i.i.)	Stato
1	Potenziamento Reti Locali in alta affidabilità	ID 2096 Lotto 4 - Reti Locali 7	443.233,80	Collaudato
2	Reingegnerizzazione Rete telefonica in alta affidabilità - Full VoIP –	ID 2035 Lotto unico - Centrali Telefoniche 8	2.170.343,00	Collaudato
3	Evoluzione del Sistema informativo ospedaliero e predisposizione al Cloud PA (PSN)	ID 2212 Lotto 5 - Servizi applicativi in ottica Cloud	1.476.388,90	Collaudato
4	Supporto Specialistico Regionale Ufficio Speciale 11	ID 2202 Lotto 6 - Servizi di supporto al SSN	1.485.576,00	Collaudato
5	Potenziamento Reti Locali (Fornitura ancillare)	ID 2233 Lotto 2 - Reti Locali 6	161.498,02	Collaudato
6	Fornitura PC+Desk per DEA Nocera Inferiore	ID 2631 Lotto 3 - PC Desktop WS 3	27.003,08	Collaudato
7	Realizzazione rete WF - Control Room	ID 2233 Lotto 2 - Reti Locali 6	1.884.245,87	Collaudato

8	Cartella clinica e cartella ambulatoriale elettronica, Digital Pathology, Clinical Data Repository - Nuovo SIO	ID 2202 Lotto 2 - Sistemi informativi clinico assistenziali	4.244.532,50	Collaudato
9	Digitalizzazione Cartelle cliniche analogiche Conservazione a norma - App on line	ID 2366 Lotto 2 - Servizi informativi gestionali	4.044.812,01	Collaudato
10	Realizzazione rete WF -Fornitura ancillare	Ordine diretto MEPA	413.396,02	In aggiudicazione
11	Digitalizzazione Blocco Operatorio e Terapie intensive	ID 2601 Lotto 2 - CCE	2.757.107,08	In aggiudicazione
12	Digitalizzazione Rete Cardiovascolare (CVIS-PACS)	ID 2601 Lotto 4 - Enterprise Imaging	1.898.875,03	In aggiudicazione
13	Digitalizzazione Radiologia - Neuroradiologia e Endoscopia digestiva (RIS/EDIS-PACS)	ID 2601 Lotto 4 - Enterprise Imaging	2.544.511,23	In aggiudicazione
14	Acquisto pacchetti MEPA per HIMMS - Certificazione	Ordine diretto MEPA - Acquisto ancillare	106.140,00	Regolare esecuzione
		Totale impegnato ==>	23.657.650,69	

I progetti di cui ai nn. da 1 a 10 hanno consentito:

- di potenziare e mettere in sicurezza l'infrastruttura di networking aziendale, tra i più estesi d'Italia in ambito SSN (oltre 150 sedi), secondo le policy previste da AgID/ACN;
- di attestare sul network circa 20.000 dispositivi/apparecchiature (PC, Server, Switch,Telefon IP, Lettori badge, apparecchiature di diagnostica e di laboratorio di analisi eimmuno-trasfusionale, bodycam, sterilizzatrici, Ws grafiche di refertazione, Monitor disale operatorie, ECG, ecc.)
- interfacciare sul network circa 1100 Access point e la Control room per la cartella clinicaelettronica e infermieristica nei DEA;
- reingegnerizzare la rete telefonica aziendale, con rotazione di tutto il traffico voce in VoIPe realizzazione del centralino unico virtuale in alta affidabilità;
- digitalizzare e conservare a norma tutto patrimonio delle cartelle cliniche cartacee, erenderle disponibili on line (dall'anno 2019 in poi) al cittadino mediante accesso conSPID/CIE e PagoPA (MyPAy);
- evolvere ed integrare il sistema informativo ospedaliero, compreso i servizi (RIS, LIS,SIT, AP, ecc.), verso la realizzazione della cartella clinica e la cartella infermieristicaelettronica, fruibile anche in modalità "mobile", con attivazione del Clinical DataRepository unico aziendale e la implementazione del sistema di Digital Pathology;
- di raggiungere il target previsto dagli obiettivi del PNRR, vale a dire la crescita dellamaturità digitale dei DEA, come da certificazione HIMMS sulla base del modelloEMRAM;

Le progettualità di cui ai nn. 11, 12 e 13, per la loro notevolissima complessità, hanno coinvolto competenze ed esperienze trasversali (sanitarie, cliniche, ingegneria clinica, ICT, ecc.) nella redazione della documentazione tecnica di appalto, che si è potuta concludere solo nel mese di marzo scorso, essendo tese ad evolvere il processo di digitalizzazione e quindi aumentare ulteriormente il livello la maturità digitale dei DEA.
Le progettualità sopra indicate hanno coinvolto anche il presidio ospedaliero di Oliveto Citra, con le stesse medesime implementazioni, salvo aver fatto gravare la relativa spesa sulle risorse ordinarie del Bilancio aziendale, dimensionata con il principio della proporzionalità sulla base di posti letto assegnati.

3.7 Piano attività di educazione e promozione della salute

Nell'ambito delle azioni positive rivolte al miglioramento del benessere della comunità degli assistiti, l'Azienda ha provveduto a definire un'articolata esposizione delle attività di educazione e promozione della salute, rivolte alle scuole e alle Comunità dei diversi Distretti Sanitari in base ai bisogni di salute e alle risorse di cui il territorio dispone, approvato con delibera n. 1546 dell'14/10/2025 - Adozione del Piano Aziendale delle Attività di Educazione e Promozione della Salute Anno 2025/2026 - PNP 2020-2025 - PRP 2020/2025.

Tale Catalogo delle Attività di Educazione e Promozione della Salute, pubblicato sul sito istituzionale della ASL Salerno nella sezione News e comunicati della Home Page » Documentazione, risponde all'obiettivo di promuovere benessere e salute nella popolazione, potenziando nei cittadini il livello di alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy). Attraverso il coinvolgimento della competente Struttura Aziendale *UOSD Promozione della Salute* del Dipartimento di Prevenzione, l'Azienda attiva i *Programmi di buone pratiche* inseriti nel Catalogo, finalizzati a migliorare ed aumentare le opportunità offerte alla popolazione scolastica e alla comunità secondo un approccio per *setting* e *life-course* basato sul mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza. Gli interventi programmati prevedono azioni multisettoriali e interdisciplinari, con il coinvolgimento di gruppi operativi che si caratterizzano per l'elevata integrazione tra professionalità appartenenti ai Servizi Sanitari pubblici e al Privato Sociale.

Promuovere salute è un obiettivo strategico aziendale, un investimento proattivo, che richiede un impegno dinamico da parte dell'individuo, della società e delle istituzioni (Health in all Policies) per migliorare la qualità della vita e ridurre i costi sanitari nel lungo termine. Il Piano Aziendale di Educazione e Promozione della Salute dell'ASL Salerno persegue questo obiettivo attraverso azioni di buone pratiche, basate su criteri di efficacia, equità e sostenibilità. Elaborato annualmente dall'UOSD Promozione della Salute nell'ambito della mission aziendale, ha la finalità di contribuire a garantire il benessere individuale e collettivo, ridurre il crescente carico delle patologie croniche sul Sistema Sanitario, rendendo le persone protagoniste della propria salute a tutte le età e rafforzando i guadagni di salute collettivi.

Il documento, nella sua definizione, adotta l'approccio One Health, che riconosce la stretta interazione tra salute umana, animale e salute dell'ambiente in linea con i principi di intersettorialità e interdisciplinarietà. Tale strategia multistakeholder rafforza la collaborazione tra diverse discipline professionali e tra le varie componenti della società civile, incluse Istituzioni, agenzie educative e Terzo Settore.

La visione olisitica e quella salutogenica contribuiscono alle scelte metodologiche che sono alla base dei programmi e li orienta a valorizzare la salute in tutte le dimensioni, concentrandosi sulle risorse che sostengono il benessere fisico, psichico e sociale delle persone e delle comunità. Questo approccio è fondamentale per generare empowerment sanitario, per costruire comunità resilienti e inclusive, per rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy), funzionale ad una adeguata formulazione della domanda e presa incarico della propria salute.

Il Piano Aziendale 2025/2026 nella sua realizzazione recepisce e integra gli indirizzi dei Piani di Prevenzione Nazionale e Regionale (PNP e PRP 2020-2025), l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, il Piano Nazionale Equità in Salute 2021-2027, il Piano Nazionale per la Cronicità, il DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei LEA", le linee di indirizzo e normative sanitarie vigenti.

Le cinque Aree tematiche in cui si articola, includono diciannove Programmi trasversali, sviluppati grazie a una stretta collaborazione tra macrocentri aziendali e Distretti Sanitari. Il processo organizzativo prevede l'applicazione

rigorosa di procedure standardizzate e metodologie condivise, garantendo interventi omogenei e coerenti in tutti i contesti di vita con un approccio Life Course.

I Programmi sono elaborati partendo dall'analisi del contesto, dei bisogni sociali e territoriali, considerando i dati provenienti da ricerche di settore, dagli studi di sorveglianza e dall'esperienza sul campo. La revisione delle aree tematiche, con il rafforzamento di alcuni programmi, vede un riorientamento più incisivo sugli aspetti sanitari, di equità, inclusione, con un'attenzione alle vulnerabilità e al genere, in linea con la vision aziendale in materia di prevenzione e promozione della salute.

Questo aggiornamento si declina in tutti gli ambiti tematici del Piano EPS: dalla riduzione dell'incidenza delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) al potenziamento dell'adesione ai programmi di screening e vaccinazioni; dalla sana alimentazione allo stile di vita attivo; dai comportamenti a rischio alle dipendenze; dalle sane relazioni al contrasto alla violenza di gruppo, dalla salute sessuale alla prevenzione delle ITS; dalla genitorialità alle relazioni di cura, anche al fine di sostenere il lavoro quotidiano dei caregivers.

Le azioni prevedono attività di sensibilizzazione, comunicazione, counselling e interventi educativi/formativi. Tutte mirano a favorire scelte consapevoli, promuovere il cambiamento e sono attuate in adesione ai diversi setting di intervento, dalla scuola agli ambienti di vita, coinvolgendo attivamente famiglie e territori, per costruire una cultura del benessere diffusa e partecipata.

Tra questi setting, il contesto scolastico diventa prioritario e strategico per promuovere salute. La redazione del Catalogo Aziendale per le scuole, quale parte integrante del Piano EPS, risponde a questa esigenza con un'offerta formativa dedicata.

L'obiettivo dell'UOSD Promozione della Salute è sostenere gli Istituti scolastici di ogni ordine e grado nell'adesione alla Rete Territoriale delle "Scuole che Promuovono Salute", nella redazione del Profilo di salute e del Piano di azione, rendendo il mondo della Scuola più consapevole e responsabile del proprio ruolo di promotrice di salute.

In linea con l'approccio Community Health, si rafforza l'impegno dell'ASL Salerno per contribuire a realizzare un contesto scolastico supportivo ed inclusivo, orientato al benessere psicofisico e relazionale, competente nella gestione dei farmaci per minori e adolescenti con patologie croniche, attento al miglioramento dell'igiene personale e degli ambienti condivisi per ridurre la diffusione di malattie dovute alla proliferazione di virus e batteri.

Il Piano Aziendale EPS dell'ASL Salerno si conferma e si consolida come uno strumento innovativo e all'avanguardia per la promozione attiva del benessere, punto di riferimento teorico, metodologico e operativo per una comunità sempre più consapevole e resiliente di fronte alle sfide di salute, attuali e future.

ASL Salerno
Piano Aziendale
per le Attività di Educazione
e Promozione della Salute
2025 · 2026
ONE HEALTH
SHE
LIFESKILL
INTERSETTORIALITÀ
LIFECOURSE
COMUNITÀ
ATTIVE
MOVIMENTO
ALIMENTAZIONE
APPROCCIO MENTALE

.

3.8 Piano di efficientamento energetico

Il Piano di efficientamento energetico è stato introdotto ai sensi della Nota Circolare n. 2/2022 Dipartimento Funzione Pubblica e in quanto rilevante tra le azioni positive aziendali viene qui inserito ad integrazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Allo stato attuale l'Azienda ha in fase di realizzazione gli interventi dell'ambito PNRR Misura 6 (Salute) Componente 1 (reti di prossimità), che contempla nel territorio della ASL Salerno n. 33 Case della Comunità e n. 8 Ospedali della Comunità per i quali è necessaria la rispondenza a tutti i previsti criteri di efficienza, tra cui quello relativo all'efficienza energetica.
L'efficientamento energetico disposto nell'ambito della Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR, mira a trasformare le nuove strutture sanitarie programmate in aderenza al DM n. 77/2022 per il potenziamento dell'assistenza territoriale (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) in edifici efficienti, riducendo i consumi energetici e il correlato impatto ambientale.
Aspetto chiave di tale programma, la riqualificazione energetica è parte integrante ed essenziale della costruzione dei nuovi manufatti o dei rinnovi di Case di Comunità (CDC) e Ospedali di Comunità (OdC), con aderenza all'obiettivo climatico in linea con le direttive europee (coefficiente 40%), e adeguamento energetico attraverso:

- impianti di climatizzazione efficienti;
- isolamento termico;
- utilizzo di fonti rinnovabili, per garantire standard di sostenibilità.

Le azioni programmate hanno scadenze entro il 2026 e supportano la transizione ecologica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso il miglioramento delle prestazioni energetiche delle strutture di prossimità.

A favore di tale piano di interventi, la ASL Salerno ha visto definitivamente assentito il finanziamento di circa 15 milioni di euro, destinato anche all'efficientamento energetico/strutturale dei vari Presidi Ospedalieri dell'Azienda, comprendente in particolare la sostituzione degli infissi esistenti con nuovi infissi a taglio termico, per l'isolamento termico degli ambienti e la soluzione, grazie all'utilizzo di un materiale plastico, della continuità materiale tra interno ed esterno dovuta solitamente all'utilizzo dell'alluminio. La conseguente drastica riduzione della dispersione di calore, si accompagna anche ad un abbattimento della formazione di condensa e muffe, con garanzia non solo di risparmio energetico ma anche di miglioramento del comfort abitativo invernale ed 'estivo.

4 MONITORAGGIO

4.1 Principi e ambiti

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è diversificato in relazione alla specifica sezione del PIAO ed in particolare:

- per la sezione "VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE" si fa riferimento alle modalità di cui agli art. 6 e 10 del D.lgs n. 150/2009;

- per la sezione “RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA” si rimanda alle indicazioni contenute nel relativo Piano triennale;

- per la sezione “ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO” il monitoraggio è effettuato dal competente Organismo Indipendente di Valutazione.

Sono previste, inoltre, specifiche rilevazioni del grado di soddisfazione degli utenti interni ed esterni.

Di seguito vengono illustrate:

1. metodologie utilizzate per la realizzazione delle indagini *customer*, dalla definizione delle dimensioni sottoposte a indagine tramite questionario, alla metodica di somministrazione, fino alla modulistica per l’inoltro delle segnalazioni;
2. **risultanze dell’indagine effettuata nell’anno 2025**.

4.2 Customer satisfaction dei servizi aziendali

4.2.1 Criteri e modalità operative

Le indagini di soddisfazione sono una prassi consolidata nei servizi pubblici poiché per migliorare le relazioni tra Azienda Sanitaria e Cittadino è necessario adeguare sempre più l’offerta e le caratteristiche degli interventi alle aspettative e ai bisogni degli utenti.
Esistono profonde differenze che distinguono la realtà dei servizi in generale da quella dei servizi sanitari, che non rendono facile l’approccio della qualità e della sua rilevazione.

In primo luogo, esiste una differenza strutturale legata alla natura relazionale dei servizi alla persona. L’utente infatti partecipa, quasi sempre, attivamente all’erogazione del servizio e contribuisce all’efficacia dell’intervento. In questo processo sia l’operatore sia i familiari risultano portatori di valori e appaiono risorse cruciali nel definire e attuare l’intervento sanitario.

In secondo luogo chi eroga servizi alla persona deve tenere conto degli interessi collettivi e considerare i propri utenti non come semplici clienti, ma come soggetti portatori di specifici diritti (anziani, disabili, ammalati). Senza contare che l’utenza di un servizio sanitario non è quasi mai costituita da soggetti isolati, bensì da realtà più o meno complesse (le famiglie), i cui componenti interagiscono con il servizio su piani differenti, con aspettative e intensità di relazione differenti.

Ciò che bisogna sottolineare è come il concetto di qualità di un servizio sia intrinsecamente legato alla fruizione del servizio stesso e alla soggettività, sia di chi lo eroga che di chi lo riceve. Quindi per la natura anche relazionale dei servizi stessi, è praticamente impossibile verificare e garantire a priori la qualità dell’assistenza, perché operatore e utente contribuiscono congiuntamente alla definizione della qualità del servizio nel momento stesso dell’erogazione.

4.2.2 Analisi metodologica

Compiere indagini per cogliere la soddisfazione degli utenti significa costruire un disegno strategico di ricerca e compiere una serie di passaggi logici e pratici, complessi e interdipendenti:

Il primo passaggio consiste nel definire gli obiettivi di ricerca, ovvero cosa si vuole indagare (i livelli di soddisfazione relativi ad alcuni aspetti dei servizi offerti);

Successivamente si procederà all'individuazione del campo di osservazione e delle unità di analisi (indagare la soddisfazione degli utenti diretti o anche quella dei familiari, in quali ambiti)

Con il terzo passaggio si passerà poi:

- ✓ alla scelta dei metodi di rilevazione (interviste, questionari auto compilati, osservazione diretta, reclami ecc);
- ✓ alla raccolta dei dati vera a propria;
- ✓ alla elaborazione e all'analisi dei risultati;
- ✓ alla stesura del report finale.

Ne risulta un processo complesso per le difficoltà che si incontrano nel definire e nel misurare i livelli di soddisfazione in funzione delle caratteristiche di intangibilità, variabilità e soggettività dei servizi erogati, delle aspettative e dei valori dei soggetti coinvolti.

Inoltre sono diversi e molti gli **strumenti** che possono essere utilizzati per far emergere l'opinione degli utenti e la scelta si pone tra:

- ✓ **strumenti diretti** si riferiscono a tutte le tecniche che implicano un diretto coinvolgimento dell'utente, al quale viene chiesto di esprimere il proprio livello di soddisfazione su un determinato servizio;
- ✓ **strumenti indiretti** consentono invece di conoscere l'opinione degli utenti tramite l'analisi di dati secondari o derivati, come reclami, eventi sentinella, osservazione diretta, ecc.

4.2.2.1 Strumenti e tecniche per la rilevazione della qualità percepita

Si descrive brevemente la tecnica di tipo diretto utilizzata: interviste strutturate, secondo una serie ordinata di domande, in **QUESTIONARI** che prevedono opzioni fisse di risposta. Possono essere somministrati da un intervistatore, che legge domande e risposte nell'ordine stabilito o auto compilati dall'utente.

Questo è lo strumento più diffuso per realizzare le indagini di soddisfazione. Permette di raccogliere un elevato numero di informazioni in modo standardizzato e di poterle misurare quantitativamente, traducendole in indicatori e permettendo la comparazione tra servizi simili o dello stesso servizio nel tempo.

I limiti del metodo sono principalmente dati dalla standardizzazione dello strumento, che quindi non prevede la possibilità di personalizzazione, anche se è stato previsto uno spazio per le osservazioni o suggerimenti dell'utente. Tali limiti sono però compensati da due grandi vantaggi: la possibilità di coinvolgere in tempi ragionevoli un numero elevato di soggetti, tale da garantire un'effettiva rappresentatività statistica del campione, e la conseguente

applicabilità di metodi di analisi statistica dei dati ottenuti. Nel caso degli anziani si pone anche un problema di difficoltà nell'utilizzare un questionario da compilare che appare più agevole con gli utenti indiretti, cioè i familiari.

In tutti i casi, il questionario garantisce l'anonimato del rispondente. Nel caso di intervista ciò è affidato alla professionalità dell'intervistatore che ha la responsabilità di mettere a proprio agio ed informare l'intervistato circa la tutela della privacy messa in atto.

4.2.2.2 La rilevazione della qualità percepita

L'indagine di rilevazione della soddisfazione ha come principali obiettivi:

- ✓ l'emersione della qualità così come percepita dagli utenti e la misurazione della soddisfazione rispetto ai singoli aspetti;
- ✓ la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza percepita delle prestazioni;
- ✓ la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli erogati;
- ✓ l'individuazione delle possibili aree di miglioramento della qualità;
- ✓ la riallocazione delle risorse anche in funzione del gradimento degli utenti a parità di risorse (strutturali, umane, economiche);
- ✓ il miglioramento del clima interno ai servizi e l'aumento del consenso presso l'utenza di riferimento.

Per i servizi analizzati con la misurazione della soddisfazione emergono quindi:

- ✓ l'analisi della qualità percepita, sia dei servizi nel loro complesso che delle singole componenti;
- ✓ la scala di priorità per utenti;
- ✓ il profilo di qualità dei servizi comparabile con i risultati ottenuti in precedenti rilevazioni.

4.2.2.3 Alcune specificità dell'ambito sanitario

La rilevazione della soddisfazione dell'utenza di un servizio sanitario è un elemento chiave nella valutazione della sua qualità ed è in grado di fornire indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento delle prestazioni. Misurare la qualità percepita relativa ai servizi sanitari significa attivare un sistema di raccolta informativa diffuso ed efficiente che eroghi con continuità un flusso di dati riguardanti la percezione da parte dell'utenza e anche del personale delle principali dimensioni della qualità.

Le prestazioni hanno un aspetto **tecnico** (competenza di medici, infermieri, tecnici ecc.) ed uno **funzionale** (dimensione umana, relazionale, comfort, servizi complementari): mentre il paziente, nella maggior parte dei casi, non è in grado di giudicare gli aspetti tecnici dei trattamenti cui è sottoposto, mostra di apprezzare gli elementi funzionali della cura che non devono dunque essere trascurati.

La presenza degli **Uffici Relazioni con il Pubblico** in molti Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari garantisce la necessaria copertura per il monitoraggio del gradimento dei servizi offerti, oltre che una risposta a suggerimenti o segnalazioni dell'utenza.

4.2.3 Il Questionario

I dati sono stati raccolti attraverso due questionari, differenziati per distretti ed ospedali, che trattano gli elementi fondamentali delle prestazioni erogate e basati sostanzialmente su quattro aree fondamentali di percezione:

- ✓ personale
- ✓ aspetti organizzativi
- ✓ ambienti
- ✓ servizi alberghieri

Ogni area si articola in ulteriori aspetti che sono oggetto di valutazione in dettaglio e le domande, partendo da valutazioni generali, arrivano ad aspetti più specifici. Ad esempio, per quanto riguarda il **personale** entrano nel merito delle caratteristiche relazionali, della competenza percepita, della disponibilità all'ascolto ecc.

Gli aspetti organizzativi sono valutati in termini di informazioni rese disponibili, di tempestività nell'ottenere servizi al momento del bisogno e nell'accoglienza. Per quanto riguarda gli **ambienti**, gli aspetti di interesse sono quelli che definiscono il comfort: qualità della pulizia e dei bagni, disponibilità dei bagni e di altri servizi, temperatura delle stanze, tranquillità. **I servizi alberghieri** sono giudicati attraverso la qualità del cibo, varietà del menù, la comodità dei letti.

Questo modello concettuale consente sia la valutazione analitica della qualità percepita sul servizio nel suo complesso sia su singoli aspetti.

Il questionario analizza in dettaglio anche la valutazione delle informazioni ricevute ed il rispetto della **privacy.** Una domanda aperta finale consente inoltre di proporre eventuali suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

4.2.3.1 Criteri e modalità per la somministrazione dei questionari

I questionari somministrati fanno riferimento:

- ✓ nei PP.OO. ai cittadini-utenti ricoverati da almeno due giorni;
- ✓ nei D.S. ai cittadini-utenti che si recano nella struttura, dopo la prenotazione, per effettuare una qualsiasi prestazione ambulatoriale;

L'ufficio centrale aziendale coordina l'indagine ed elabora i dati finali.

***N.B**. La ricerca è stata effettuata nelle strutture ove presenti gli uffici Relazioni con il Pubblico e/o referente individuato dal Responsabile della Macrostruttura.*

Il campione è costituito dagli **utenti** che si sono recati nelle strutture ASL SALERNO oggetto di rilevazione nell'anno 2025 e che si sono resi disponibili, per un **totale di 1.094 questionari** compilati, così distribuiti:

Questionari

	Numero Questionari	%
Presidi Ospedalieri	461	42%
Distretti Sanitari	633	58%
Totale	**1.094**	**100%**

Distretti Sanitari

QUESTIONARI DISTRETTI		%
D.S. 63 Cava de' Tirreni/Costa D'Amalfi	**130**	21
D.S. 64 Eboli	**115**	18
D.S. 66 Salerno	**115**	18
D.S. 67 M.S. Severino	**51**	8
D.S. 68 Pontecagnano	**98**	15
D.S. 70 Vallo	**74**	12
D.S. 71 Sapri	**50**	8
TOTALE	**633**	100

Presidi Ospedalieri

QUESTIONARI PRESIDI		%
PO Pagani	110	24
PO Sapri	121	26
PO Sarno	100	22
PO Vallo	130	28
TOTALE	**461**	

Scopi e obiettivi della ricerca:

A. la conoscenza del giudizio dei cittadini attraverso la elaborazione di un efficace strumento di rilevazione dei dati. Tale studio consente di evidenziare dati generali di grande interesse e dati altrettanto interessanti ai fini del miglioramento della qualità percepita dagli utenti;
B. l'identificazione dei punti di forza e di debolezza del servizio, ovvero delle aree di forza su cui agire per conservare posizioni di eccellenza o per migliorare aree di debolezza dei servizi ove vengono evidenziate criticità.

Altri obiettivi dell'indagine di rilevazione della soddisfazione possono essere i seguenti:

1. Utilizzare la "soddisfazione" come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto dal punto di vista del cittadino-utente in modo periodico, insieme a quelli individuati (reclami, osservazione diretta) a

livello aziendale;
2. Coinvolgere gli operatori nella rilevazione della soddisfazione del cittadino utente per aumentare la loro consapevolezza sulla importanza del giudizio dell'utente;

Nella valutazione degli aspetti riferibili alla qualità percepita in ambito sanitario, si ribadisce che **la soddisfazione del cittadino è certamente collegabile all'esito delle cure ricevute ma anche, e soprattutto, agli aspetti relazionali ed organizzativi e al processo di umanizzazione del percorso e degli ambienti di cura.**

4.2.3.2 Analisi ed elaborazione dati

La metodologia

L'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante l'attribuzione di un indicatore numerico per ciascuna risposta data, variabile da un minimo di uno ad un massimo di cinque

Attribuito il punteggio per ciascuna risposta si è calcolata la percentuale delle stesse oltre quella di chi non risponde.

4.2.4 Risultati

Cosa dicono di noi i nostri Pazienti:

L'attenzione alla qualità dei Servizi offerti significa attenzione costante alla relazione, all'ascolto e alla partecipazione attiva del paziente /utente nel percorso di "*salute*" che si affronta durante il cammino di vita. Pertanto i cittadini si rivolgono sia alle strutture del Territorio, come i Servizi e prestazioni offerti dai Distretti Sanitari (Prevenzione, Cure specialistiche e Riabilitazione), sia per le Emergenze/Urgenze e prestazioni specialistiche presso gli Ospedali. I nostri assistiti sono pertanto invitati ad esprimere opinioni, suggerimenti e richieste d'informazione con l'obiettivo di rendere il percorso di cura più agevole possibile. Contestualmente alla somministrazione dei questionari di rilevazione della qualità percepita, laddove sono presenti gli Uffici Relazioni con il Pubblico il personale preposto si interfaccia con l'utenza secondo le modalità più adatte e consone (incontro in presenza, telefono o video call, email). Dal rapporto costante di confronto ed ascolto con i pazienti/utenti abbiamo rilevato non solo le criticità ed i suggerimenti che riportiamo, ma anche punti di forza della nostra organizzazione. Di seguito, i punti di forza e le criticità emerse dall'indagine *customer* basata non solo sulle risultanze dei questionari somministrati bensì anche attraverso l'analisi dei reclami, delle segnalazioni di encomio e dell'interazione diretta che si sostanzia attraverso l'attività di front-office dei Uffici URP ospedalieri e distrettuali.

<u>Punti di forza</u>

- ✓ Gli utenti hanno una percezione alquanto BUONA dell'esperienza complessiva sia nei poliambulatori sia del ricovero ospedaliero, dall'accoglienza alla dimissione.
- ✓ BUONA la percezione degli utenti rispetto a cortesia e disponibilità del personale medico, tecnico e infermieristico.
- ✓ BUONO il rispetto della privacy degli utenti.
- ✓ DISCRETO il giudizio generale sulla pulizia degli ambienti e il comfort.

- ✓ OTTIMA la percezione dei pazienti del supporto delle Onlus e delle Associazioni No Profit soprattutto presso gli Ospedali dell'Azienda (in particolare nelle Divisioni di Pediatria, Oncologia ed Ematologia).
- ✓ OTTIMA la percezione della presa in carico delle esigenze e necessità dei "*piccoli pazienti*" e dei genitori in assistenza.
- ✓ OTTIMA la relazione che si instaura tra i pazienti e il personale socio sanitario e di supporto psicologico presso le Divisioni Onco-ematologiche.
- ✓ OTTIMA la nuova organizzazione delle Agende delle Prestazioni che, per venire incontro alla necessità delle scadenze dei Piani Terapeutici, stabilisce la "*forzatura"* laddove la scadenza del Piano Terapeutico non corrisponde alla prima data possibile per la prestazione.
- ✓ Apprezzamento della possibilità di effettuare controlli in TELEVISITA.

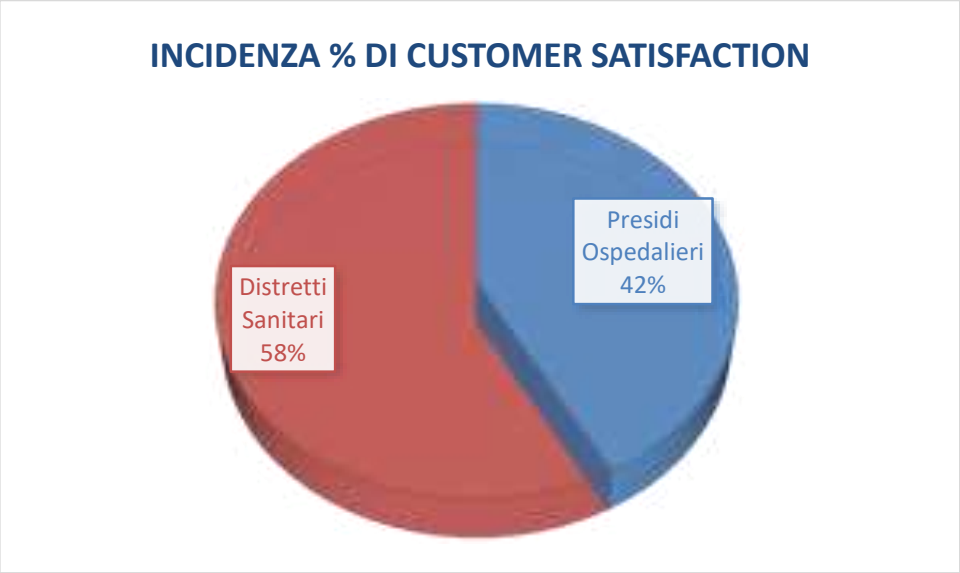
Criticità

- ✓ Si segnalano criticità relativamente ad eccessivi tempi di attesa per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali o alcune tipologie di ricoveri ordinari nei PP.OO.
- ✓ Si registrano, in alcuni periodi, una eccessiva attesa telefonica per le prenotazioni al CUP.
- ✓ Nei PP.OO. la qualità di alcune pietanze è appena sufficiente, ma la maggiore criticità è circa la possibilità di scelta del menu che non sempre viene garantita e la presenza non sempre garantita di punti ristoro.
- ✓ Criticità segnalate per gli orari di visita nei PP.OO. (si chiede un orario più ampio per le visite).
- ✓ Viene segnalata difficoltà per l'assenza di una WI-FI (soprattutto per pazienti di alcune Divisioni costretti a lunghi ricoveri).
- ✓ Criticità rilevate nella conduzione dei servizi igienici.
- ✓ Segnalata la necessità di migliorare la comunicazione con i familiari dei pazienti.
- ✓ Criticità rilevata per i Presidi Ospedalieri: l'assenza di sportelli automatici ATM all'interno degli Ospedali e orario ridotto di apertura per uffici CUP/TICKET.
- ✓ Necessità di più personale giovane e competente presso i Punti di contatto, accoglienza e Sportelli d'informazione.

Di seguito, nel dettaglio, le risposte alle singole domande del questionario, con grafici e tabelle analitiche allegate, attinenti alle dimensioni base dell'accoglienza e dell'interazione operatori/utenti.

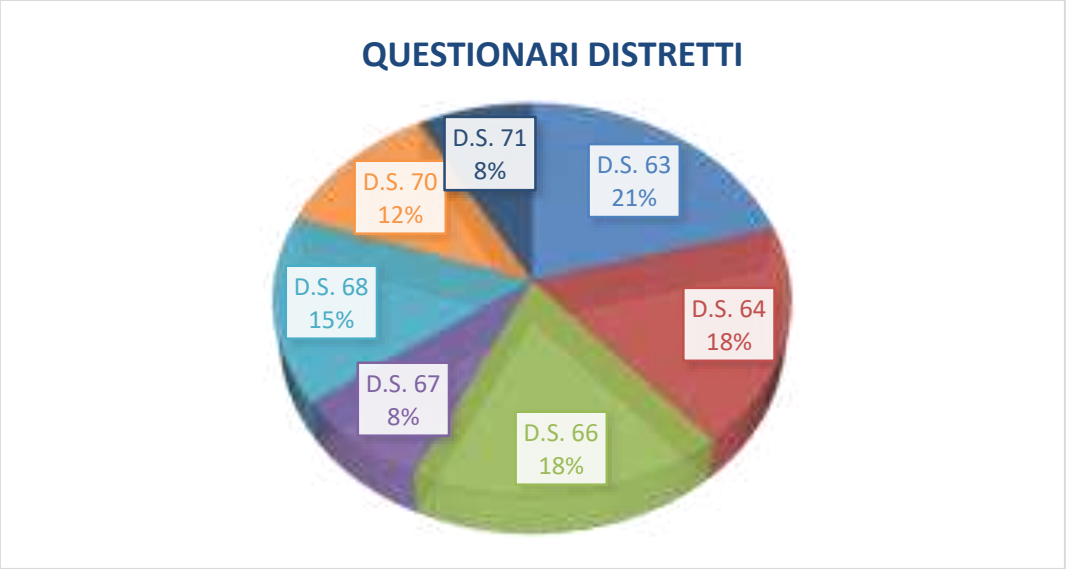
CUSTOMER SATISFACTION ASL SALERNO

	numero questionari	%
Presidi Ospedalieri	461	42%
Distretti Sanitari	633	58%
totale	**1.094**	**100%**



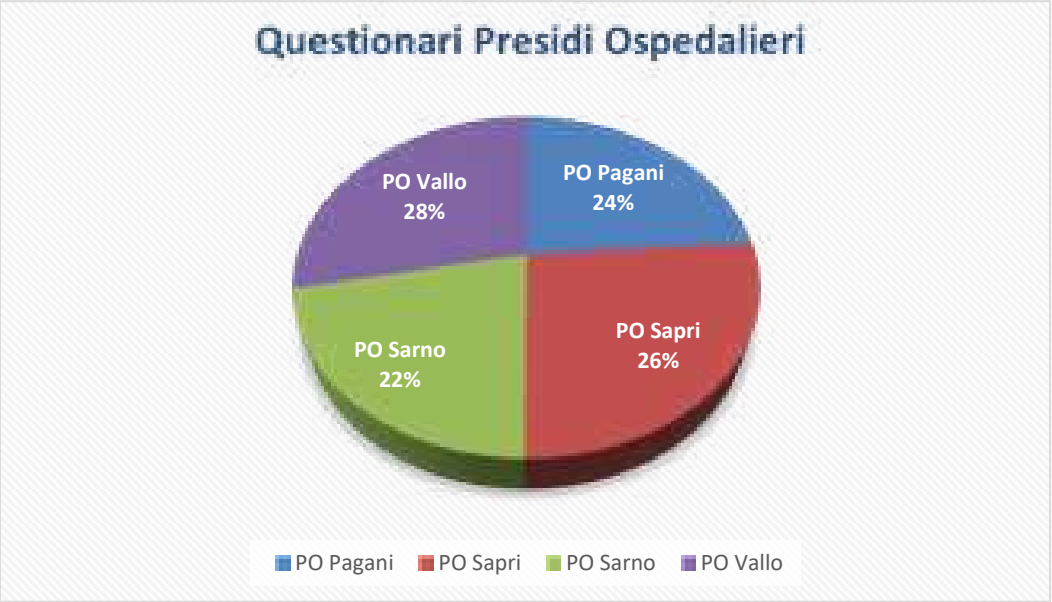
Questionari Distretti Sanitari

		%
D.S. 63 Cava de' Tirreni/Costa D'Amalfi	**130**	21
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	18
D.S. 66 Salerno	**115**	18
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	8
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	15
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	12
D.S. 71 Sapri	**50**	8
TOTALE	**633**	100



QUESTIONARI Presidi Ospedalieri

		%
PO Pagani	110	24
PO Sapri	121	26
PO Sarno	100	22
PO Vallo della Lucania	130	28
TOTALE	**461**	100

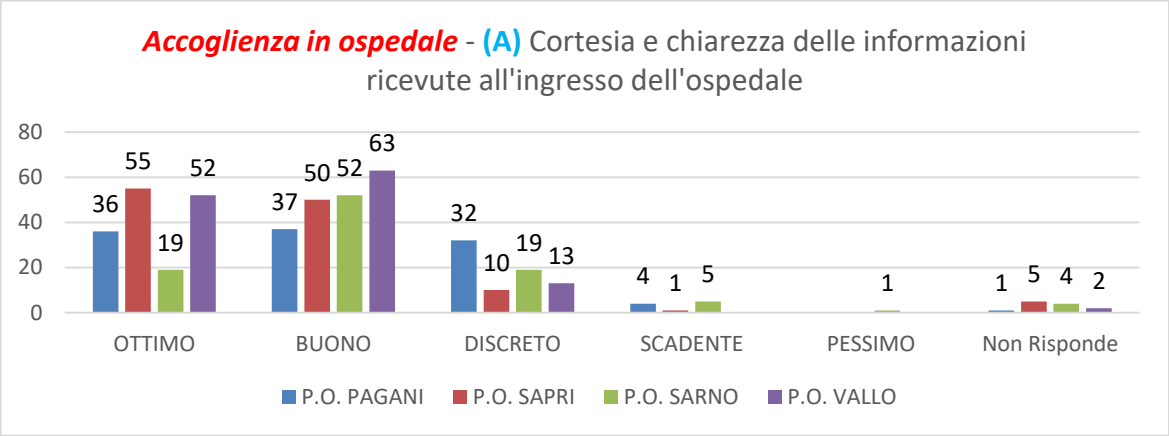


PRESIDI OSPEDALIERI

1. Accoglienza in ospedale

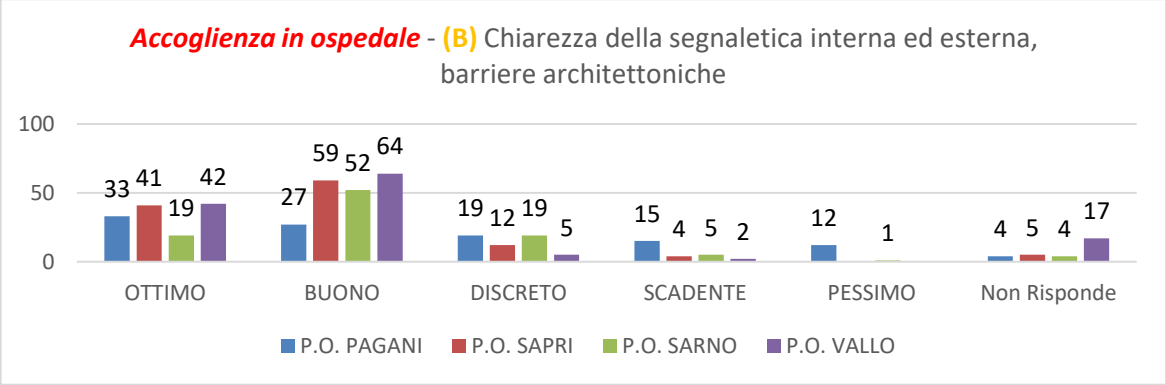
A) Cortesia e chiarezza delle informazioni ricevute all'ingresso dell'ospedale

PP.OO.	TOTALE						
Accoglienza in Ospedale	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
P.O. PAGANI	110	36	37	32	4	0	1
P.O. SAPRI	121	55	50	10	1	0	5
P.O. SARNO	100	19	52	19	5	1	4
P.O. VALLO	130	52	63	13	0	0	2
TOTALE	461						



B) Chiarezza della segnaletica esterna ed interna dell'ospedale, barriere architettoniche

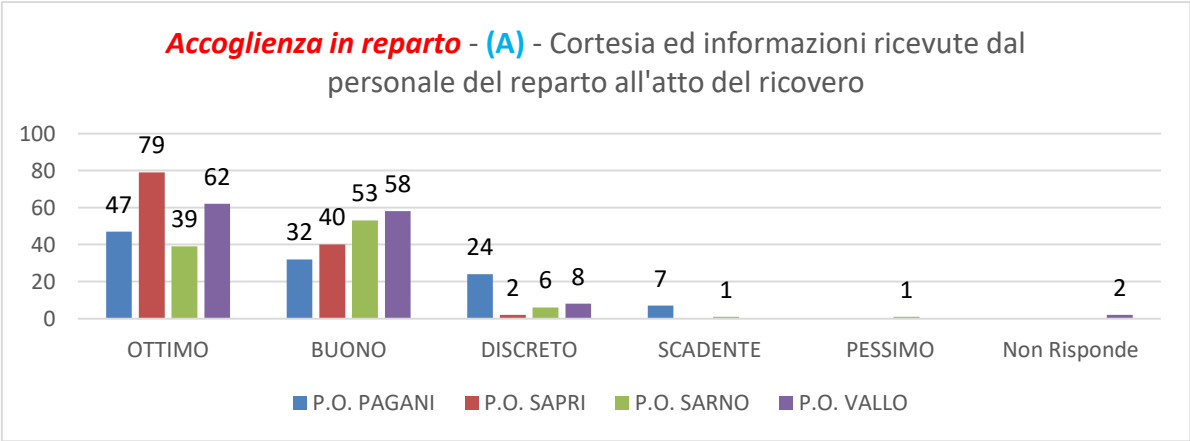
PP.OO.	TOTALE						
Accoglienza in Ospedale	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
P.O. PAGANI	110	33	27	19	15	12	4
P.O. SAPRI	121	41	59	12	4	0	5
P.O. SARNO	100	19	52	19	5	1	4
P.O. VALLO	130	42	64	5	2	0	17
TOTALE	461						



2. Accoglienza in reparto

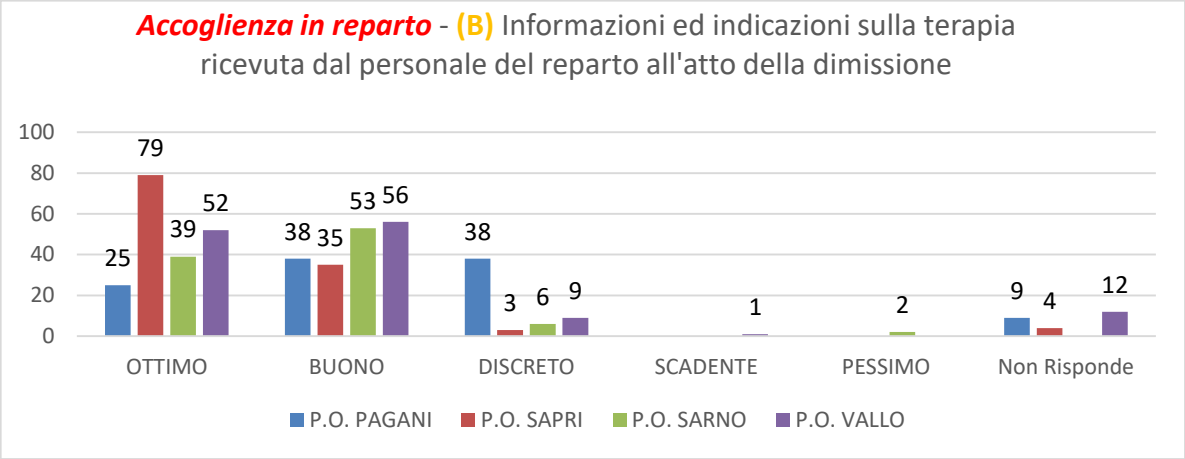
A) Cortesia ed informazioni ricevute dal personale del reparto all'atto del ricovero

PP.OO.	TOTALE						
Accoglienza in Reparto	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	47	32	24	7	0	0
P.O. SAPRI	**121**	79	40	2	0	0	0
P.O. SARNO	**100**	39	53	6	1	1	0
P.O. VALLO	**130**	62	58	8	0	0	2
TOTALE	**461**						



B) Informazioni e indicazioni sulla terapia ricevute dal personale del reparto all'atto delle dimissioni

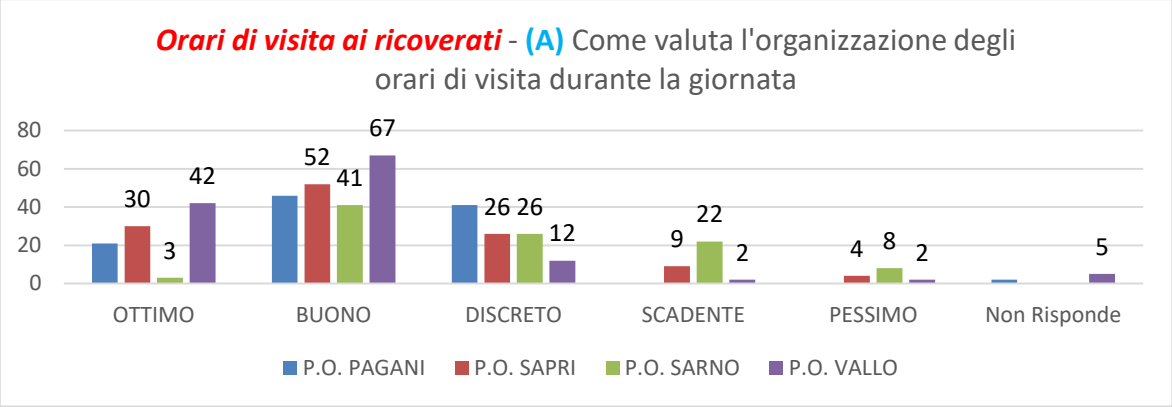
PP.OO.	TOTALE						
Accoglienza in Reparto	**B**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	25	38	38	0	0	9
P.O. SAPRI	**121**	79	35	3	0	0	4
P.O. SARNO	**100**	39	53	6	0	2	0
P.O. VALLO	**130**	52	56	9	1	0	12
TOTALE	**461**						



3. Orari di visita ai ricoverati

Come valuta l'organizzazione degli orari di visita durante la giornata

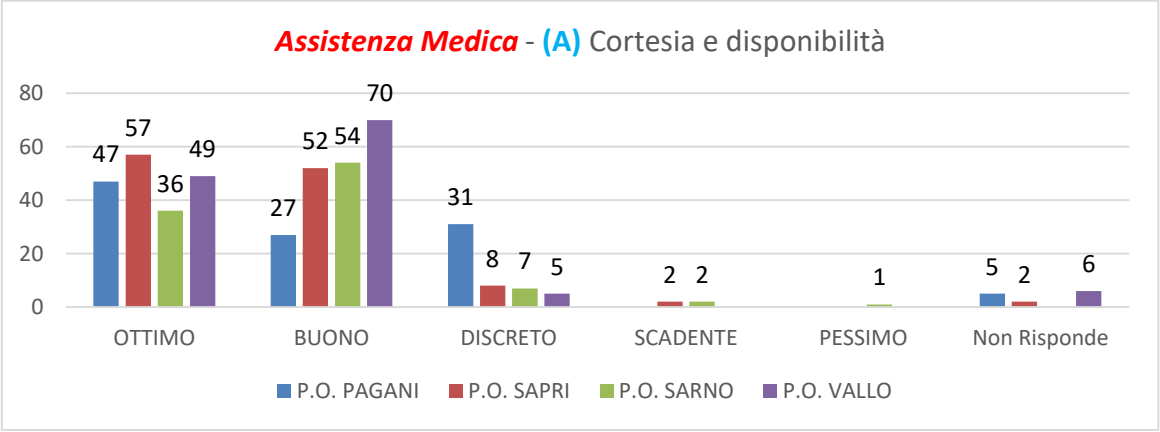
PP.OO.	TOTALE						
Orario di Visita ai Ricoverati	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	21	46	41	0	0	2
P.O. SAPRI	**121**	30	52	26	9	4	0
P.O. SARNO	**100**	3	41	26	22	8	0
P.O. VALLO	**130**	42	67	12	2	2	5
TOTALE	**461**						



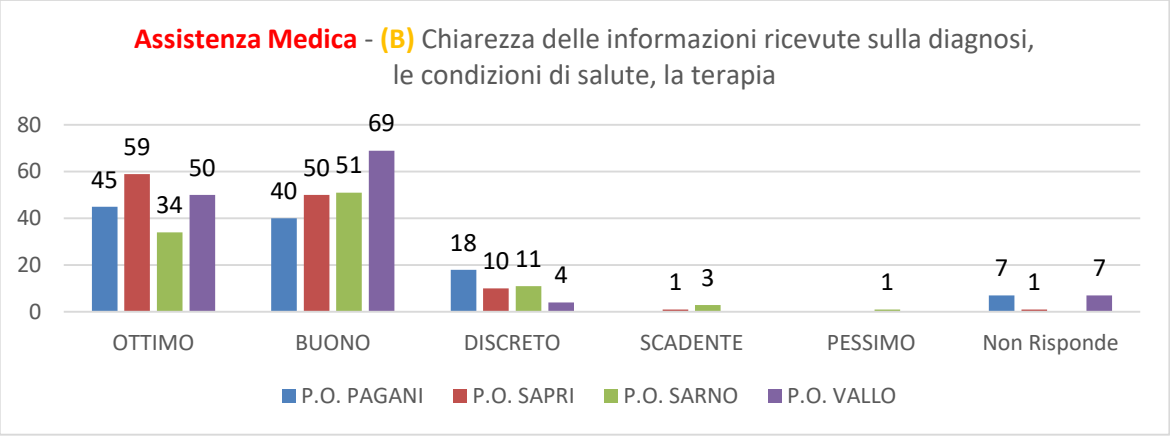
4. Assistenza medica

A) Cortesia e disponibilità

PP.OO.							
Assistenza Medica	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	47	27	31	0	0	5
P.O. SAPRI	**121**	57	52	8	2	0	2
P.O. SARNO	**100**	36	54	7	2	1	0
P.O. VALLO	**130**	49	70	5	0	0	6
TOTALE	**461**						



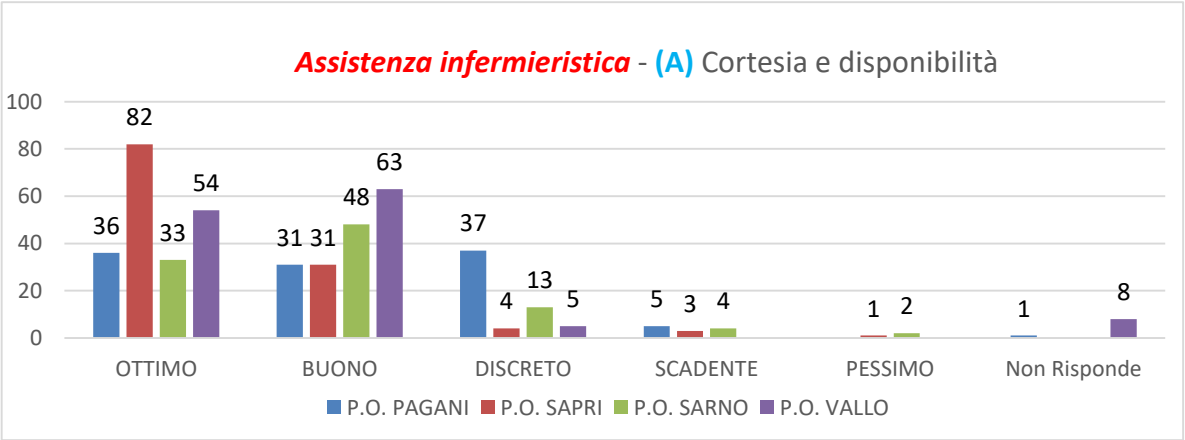
B) Chiarezza delle informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute, terapia



5. Assistenza infermieristica

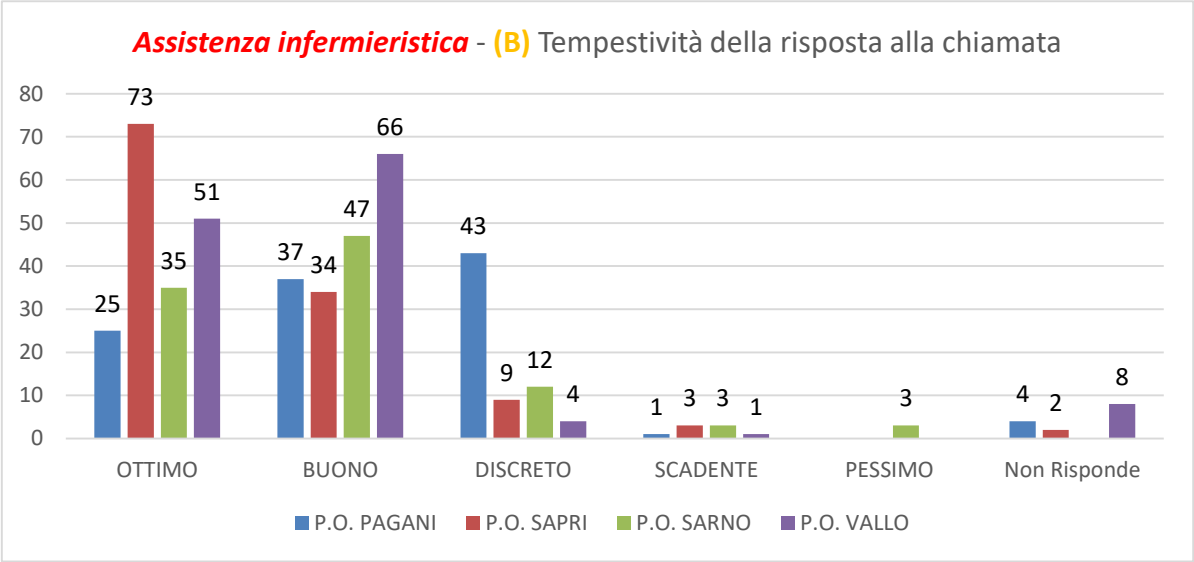
A) Cortesia e disponibilità

PP.OO.	TOTALE						
Assistenza Infermieristica	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	36	31	37	5	0	1
P.O. SAPRI	**121**	82	31	4	3	1	0
P.O. SARNO	**100**	33	48	13	4	2	0
P.O. VALLO	**130**	54	63	5	0	0	8
TOTALE	**461**						



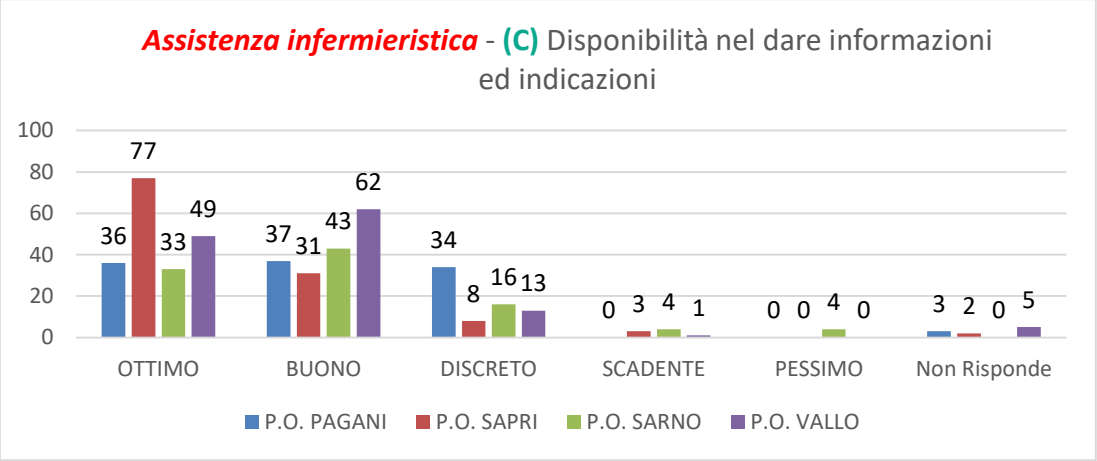
B) Tempestività della risposta alla chiamata

PP.OO.	TOTALE						
Assistenza Infermieristica	**B**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	25	37	43	1	0	4
P.O. SAPRI	**121**	73	34	9	3	0	2
P.O. SARNO	**100**	35	47	12	3	3	
P.O. VALLO	**130**	51	66	4	1	0	8
TOTALE	**461**						



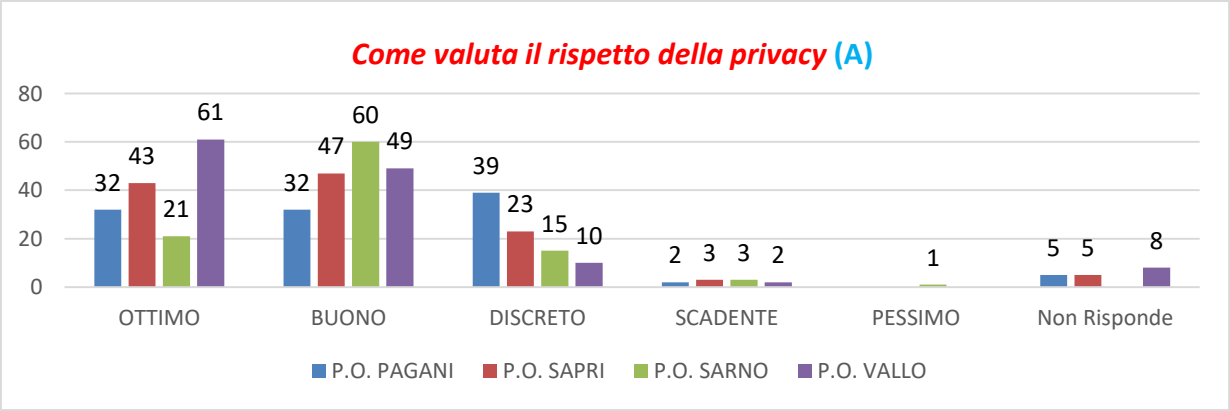
C) Disponibilità nel dare informazioni ed indicazioni

PP.OO.	TOTALE						
Assistenza Infermieristica	**C**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	36	37	34	0	0	3
P.O. SAPRI	**121**	77	31	8	3	0	2
P.O. SARNO	**100**	33	43	16	4	4	0
P.O. VALLO	**130**	49	62	13	1	0	5
TOTALE	**461**						



6. Come valuta il rispetto della privacy

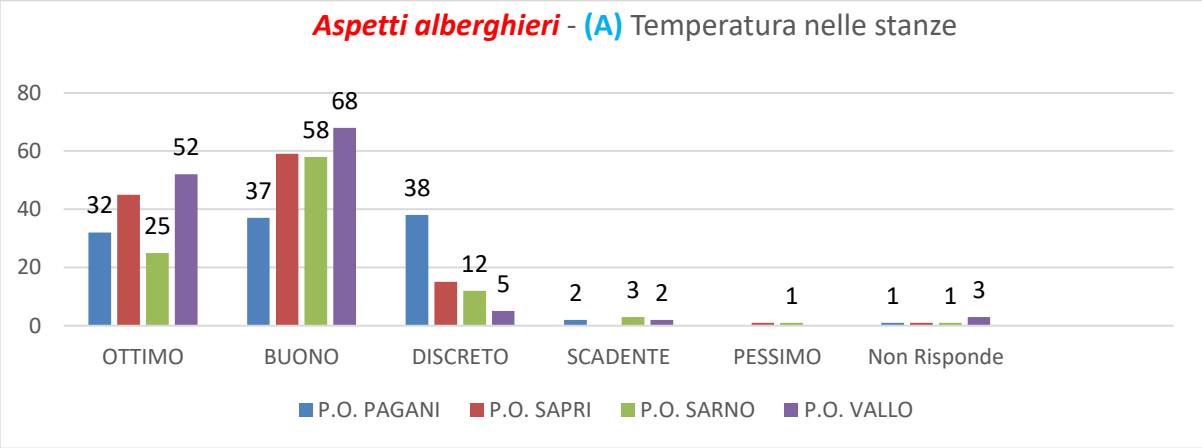
PP.OO.	TOTALE						
Come valuta il rispetto della privacy	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	32	32	39	2	0	5
P.O. SAPRI	**121**	43	47	23	3	0	5
P.O. SARNO	**100**	21	60	15	3	1	0
P.O. VALLO	**130**	61	49	10	2	0	8
TOTALE	**461**						



7. Aspetti alberghieri

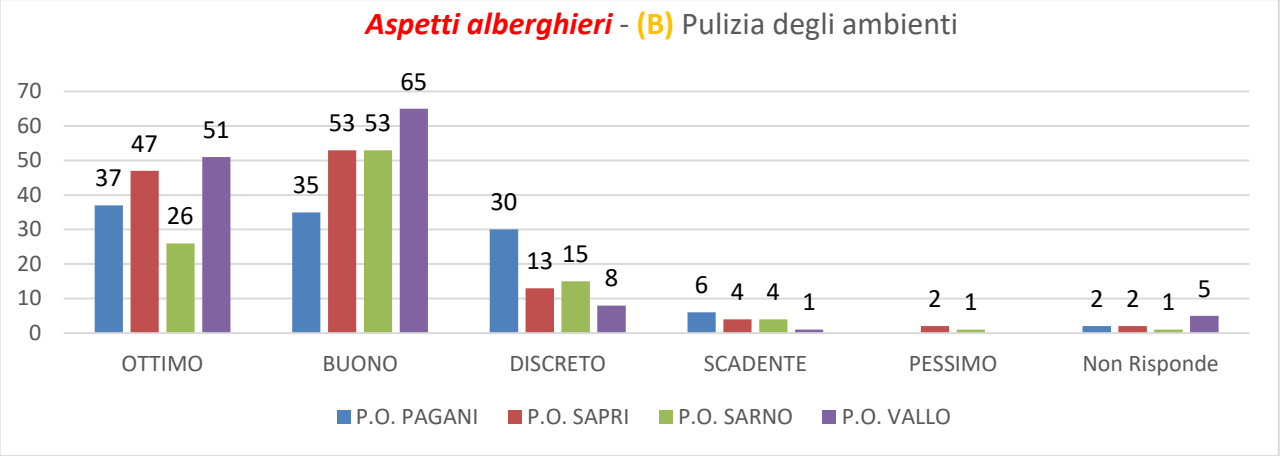
A) Temperatura nelle stanze

PP.OO.	TOTALE						
Aspetti Alberghieri	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	32	37	38	2	0	1
P.O. SAPRI	**121**	45	59	15	0	1	1
P.O. SARNO	**100**	25	58	12	3	1	1
P.O. VALLO	**130**	52	68	5	2	0	3
TOTALE	**461**						



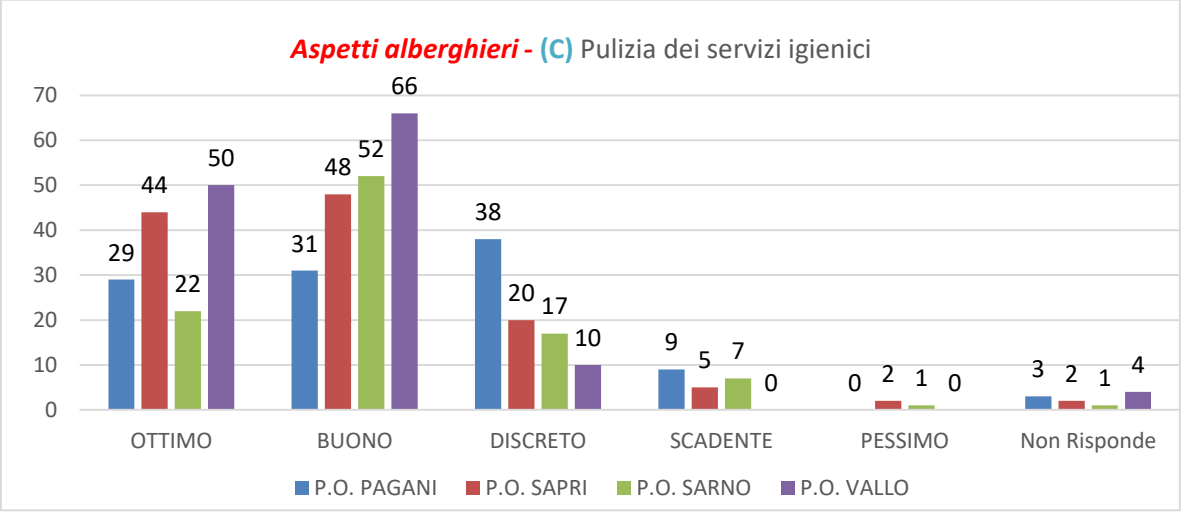
B) Pulizia degli ambienti

PP.OO.	TOTALE						
Pulizia degli ambienti	**B**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	37	35	30	6	0	2
P.O. SAPRI	**121**	47	53	13	4	2	2
P.O. SARNO	**100**	26	53	15	4	1	1
P.O. VALLO	**130**	51	65	8	1	0	5
TOTALE	**461**						



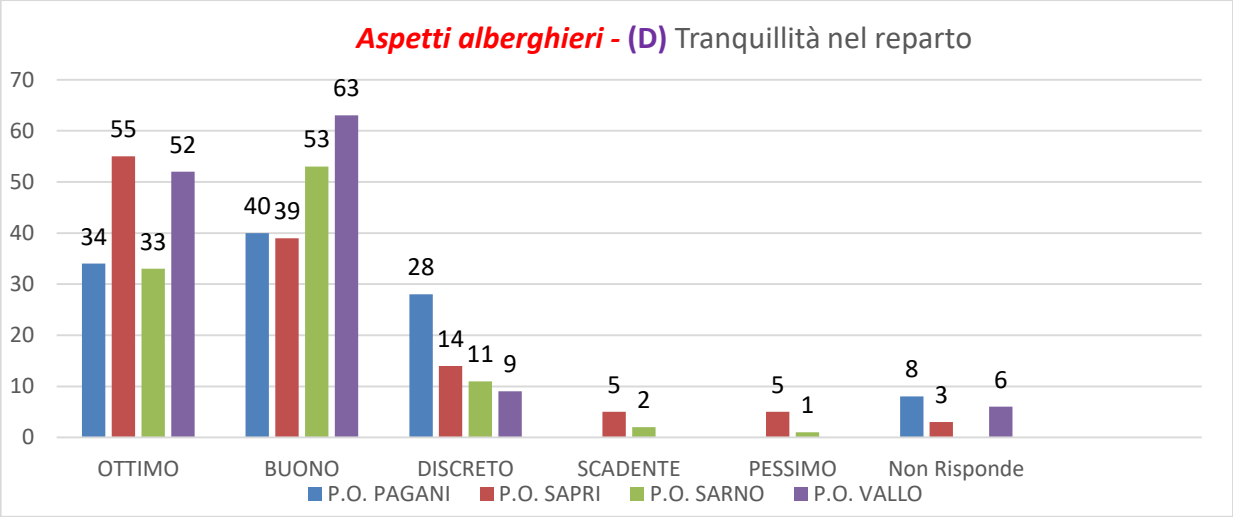
C) Pulizia dei servizi igienici

PP.OO.	TOTALE						
Aspetti Alberghieri	**C**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	29	31	38	9	0	3
P.O. SAPRI	**121**	44	48	20	5	2	2
P.O. SARNO	**100**	22	52	17	7	1	1
P.O. VALLO	**130**	50	66	10	0	0	4
TOTALE	**461**						



D) Tranquillità nel reparto

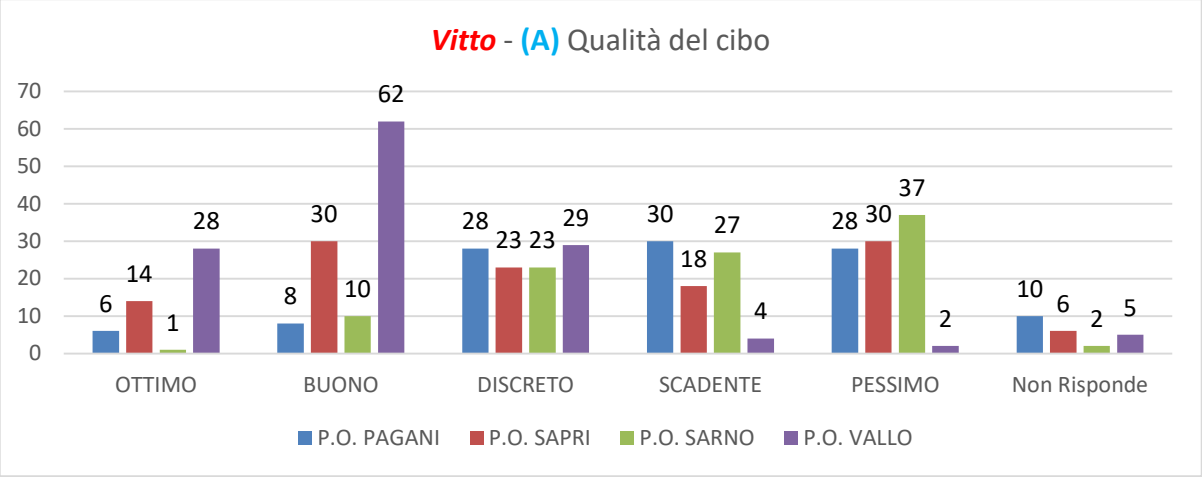
PP.OO.	TOTALE						
Aspetti Alberghieri	**D**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	34	40	28	0	0	8
P.O. SAPRI	**121**	55	39	14	5	5	3
P.O. SARNO	**100**	33	53	11	2	1	0
P.O. VALLO	**130**	52	63	9	0	0	6
TOTALE	**461**						



8. Vitto

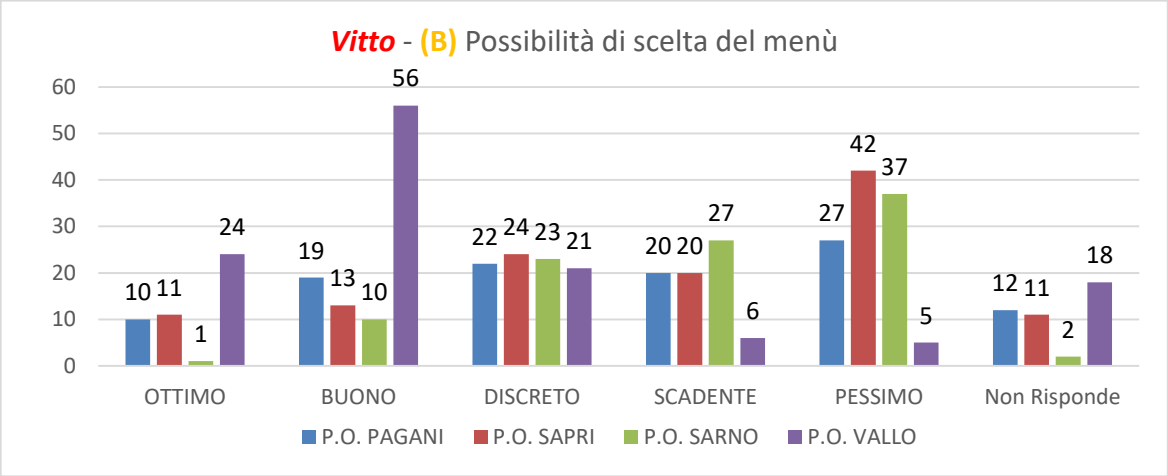
A) Qualità del cibo

PP.OO.	TOTALE						
VITTO	**A**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	6	8	28	30	28	10
P.O. SAPRI	**121**	14	30	23	18	30	6
P.O. SARNO	**100**	1	10	23	27	37	2
P.O. VALLO	**130**	28	62	29	4	2	5
TOTALE	**461**						



b) Possibilità di scelta del Menu

PP.OO.	TOTALE						
VITTO	**B**	**OTTIMO**	**BUONO**	**DISCRETO**	**SCADENTE**	**PESSIMO**	**Non Risponde**
P.O. PAGANI	**110**	10	19	22	20	27	12
P.O. SAPRI	**121**	11	13	24	20	42	11
P.O. SARNO	**100**	1	10	23	27	37	2
P.O. VALLO	**130**	24	56	21	6	5	18
TOTALE	**461**						

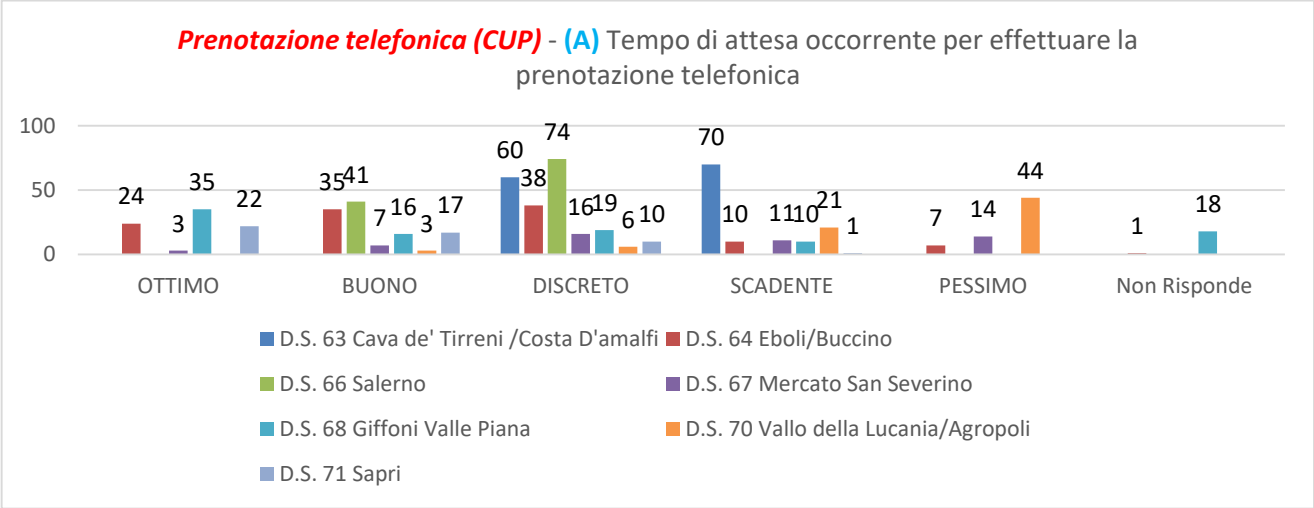


DISTRETTI SANITARI

1. Prenotazione telefonica (CUP)

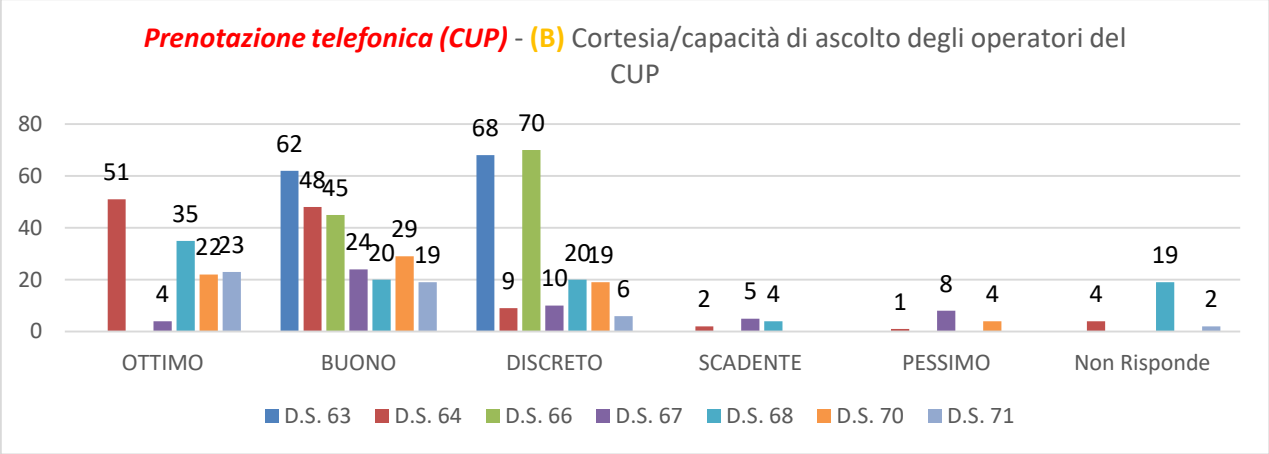
A) Tempo di attesa per effettuare la prenotazione telefonica

1. Prenotazione telefonica (CUP)	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130			60	70	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	24	35	38	10	7	1
D.S. 66 Salerno	115		41	74	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	3	7	16	11	14	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	35	16	19	10	0	18
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74		3	6	21	44	0
D.S. 71 Sapri	50	22	17	10	1	0	0
TOTALE	**633**						



B) Cortesia/capacità di ascolto degli operatori CUP

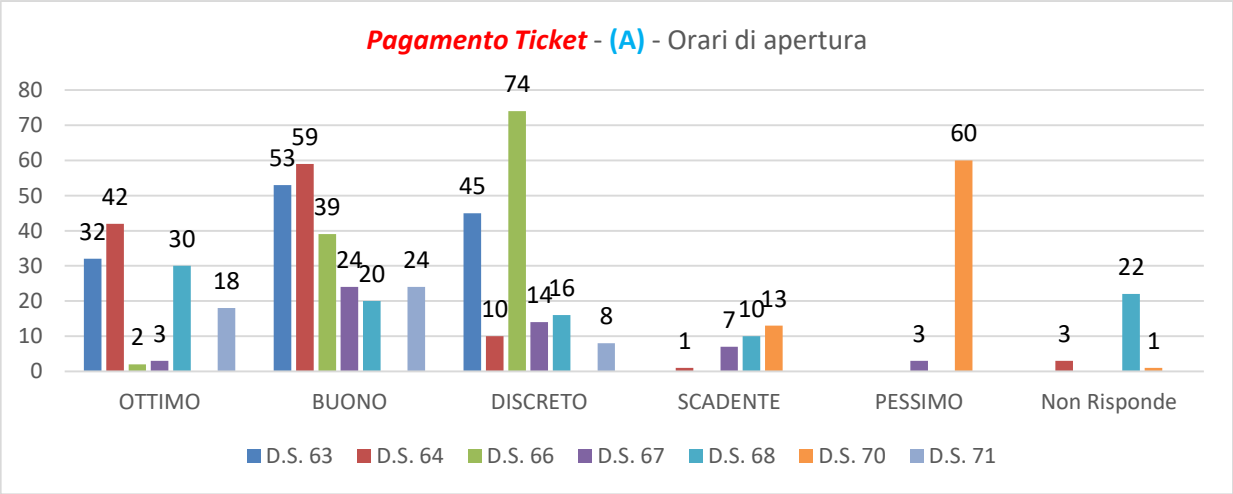
1. Prenotazione telefonica (CUP)	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130		62	68	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	51	48	9	2	1	4
D.S. 66 Salerno	115		45	70	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	4	24	10	5	8	
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	35	20	20	4	0	19
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	22	29	19	0	4	0
D.S. 71 Sapri	50	23	19	6	0	0	2
TOTALE	**633**						



2. Pagamento ticket

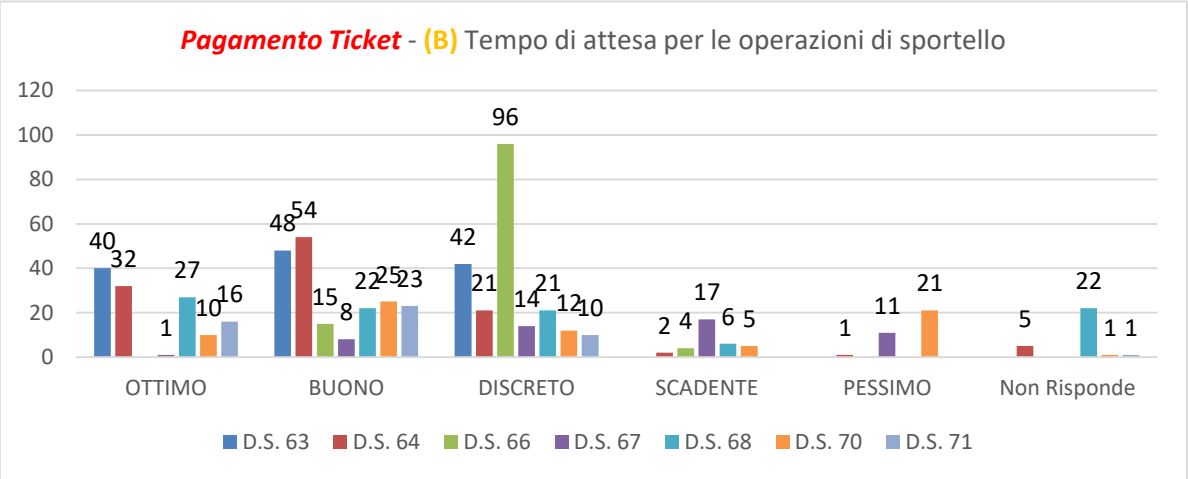
A) Orario di apertura

2. Pagamento Ticket	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	32	53	45	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	42	59	10	1	0	3
D.S. 66 Salerno	115	2	39	74	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	3	24	14	7	3	00
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	30	20	16	10	0	22
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	0	0	0	13	60	1
D.S. 71 Sapri	50	18	24	8	0	0	0
TOTALE	**633**						



B) Tempo di attesa per le operazioni di sportello

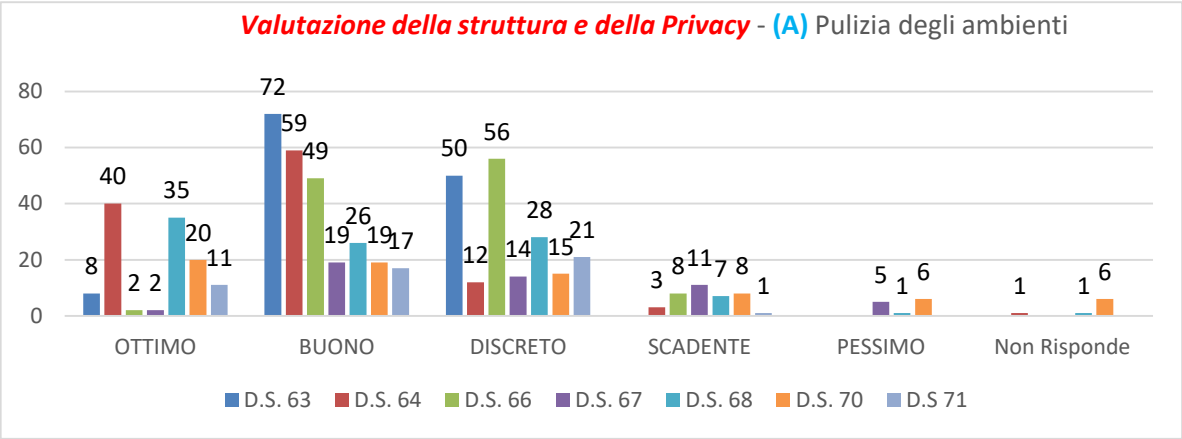
2. Pagamento Ticket	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	40	48	42	0	0	
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	32	54	21	2	1	5
D.S. 66 Salerno	115	0	15	96	4	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	1	8	14	17	11	
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	27	22	21	6	0	22
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	10	25	12	5	21	1
D.S. 71 Sapri	50	16	23	10	0	0	1
TOTALE	633						



3. Valutazione della struttura e della privacy

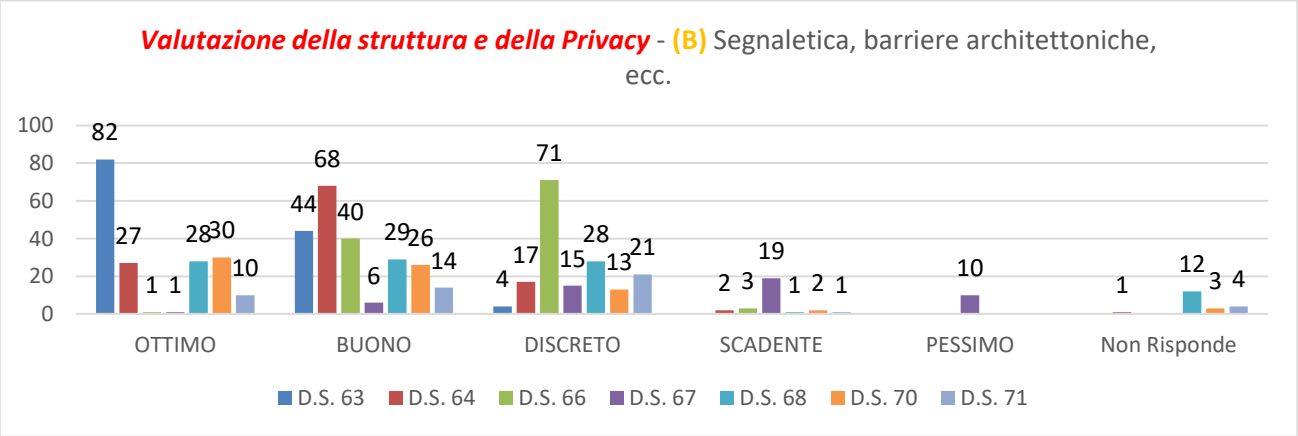
A) Pulizia degli ambienti

3. Valutazione della struttura e della Privacy	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	8	72	50	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	40	59	12	3	0	1
D.S. 66 Salerno	115	2	49	56	8	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	2	19	14	11	5	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	35	26	28	7	1	1
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	20	19	15	8	6	6
D.S. 71 Sapri	50	11	17	21	1	0	0
TOTALE	633						



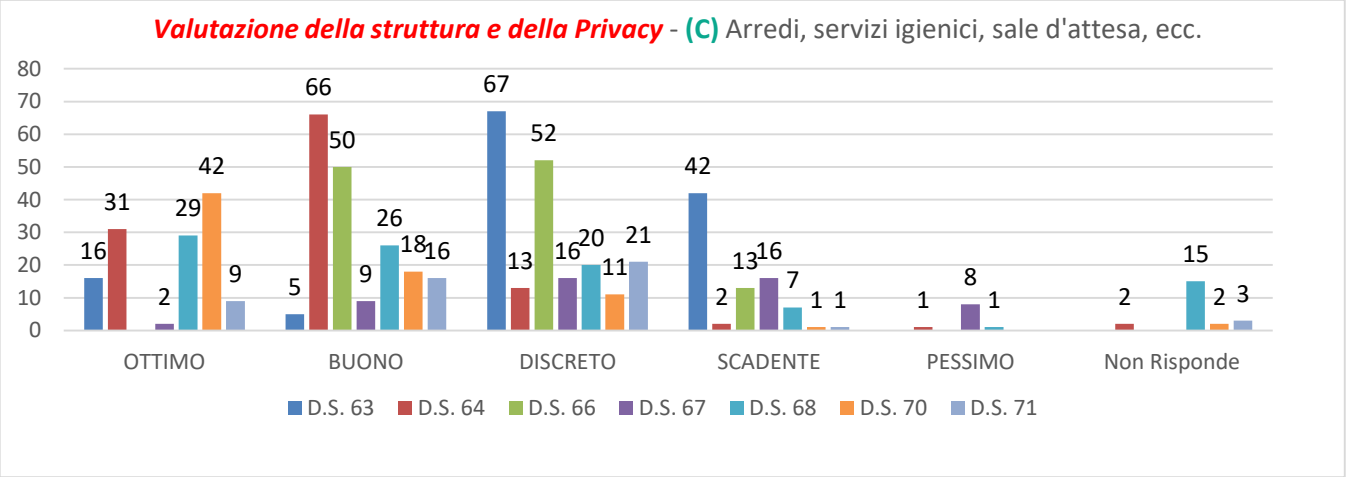
B) Segnaletica, barriere architettoniche, etc…

3. Valutazione della struttura e della Privacy	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	82	44	4	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	27	68	17	2	0	1
D.S. 66 Salerno	115	1	40	71	3		
D.S. 67 Mercato San Severino	51	1	6	15	19	10	
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	28	29	28	1		12
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	30	26	13	2	0	3
D.S. 71 Sapri	50	10	14	21	1	0	4
TOTALE	633						



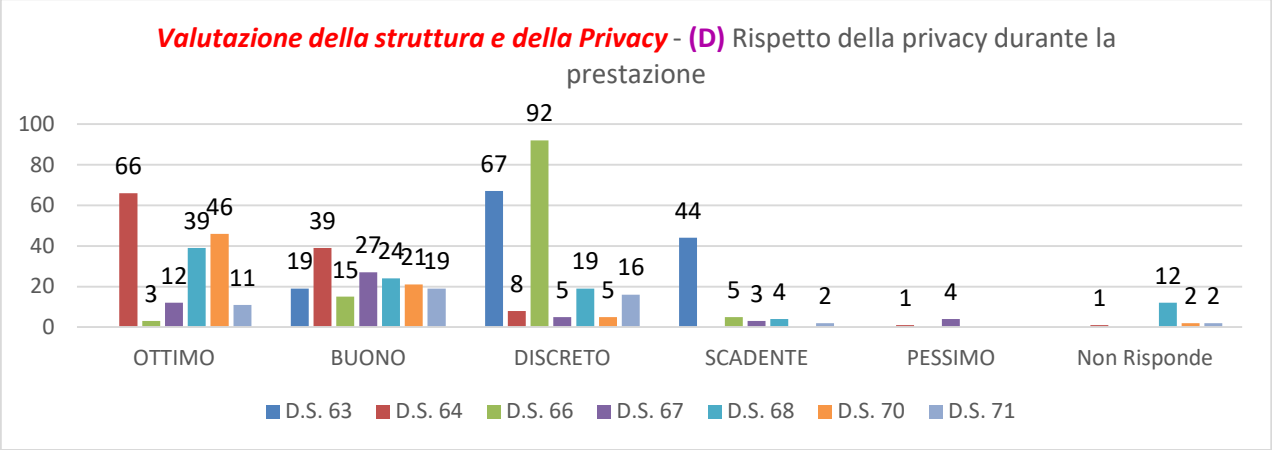
C) Arredi, servizi igienici, sale d'attesa, ecc

3. Valutazione della struttura e della Privacy	C	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	16	5	67	42	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	31	66	13	2	1	2
D.S. 66 Salerno	**115**		50	52	13	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	2	9	16	16	8	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	29	26	20	7	1	15
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	42	18	11	1	0	2
D.S. 71 Sapri	**50**	9	16	21	1	0	3
TOTALE	**633**						



D) Rispetto della privacy

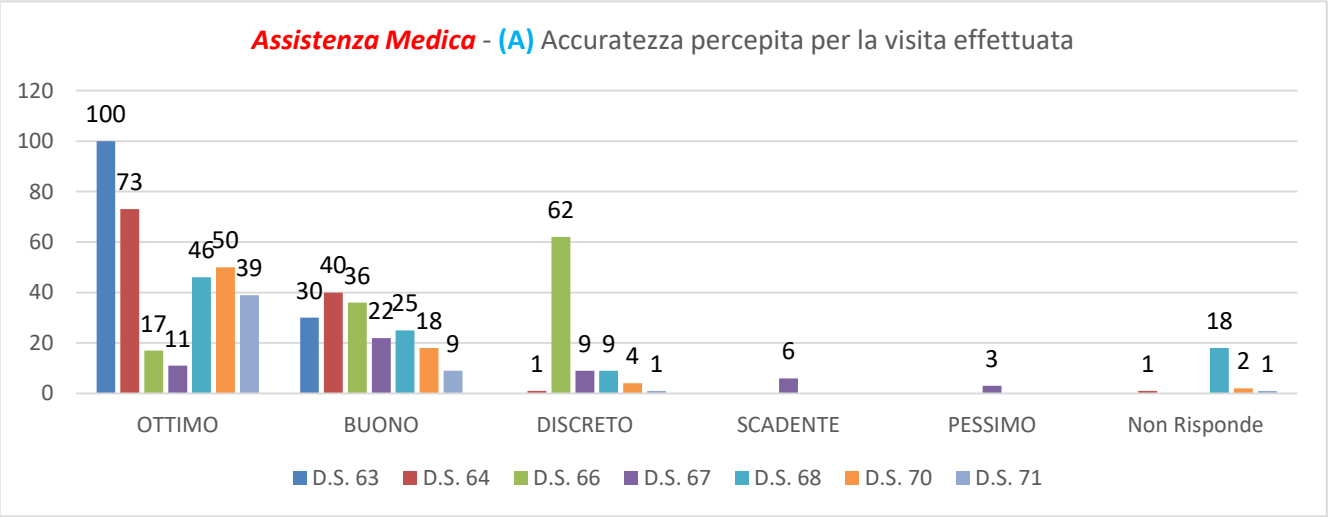
3. Valutazione della struttura e della Privacy	D	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**		19	67	44	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	66	39	8	0	1	1
D.S. 66 Salerno	**115**	3	15	92	5	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	12	27	5	3	4	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	39	24	19	4	0	12
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	46	21	5	0	0	2
D.S. 71 Sapri	**50**	11	19	16	2	0	2
TOTALE	**633**						



4. Assistenza medica

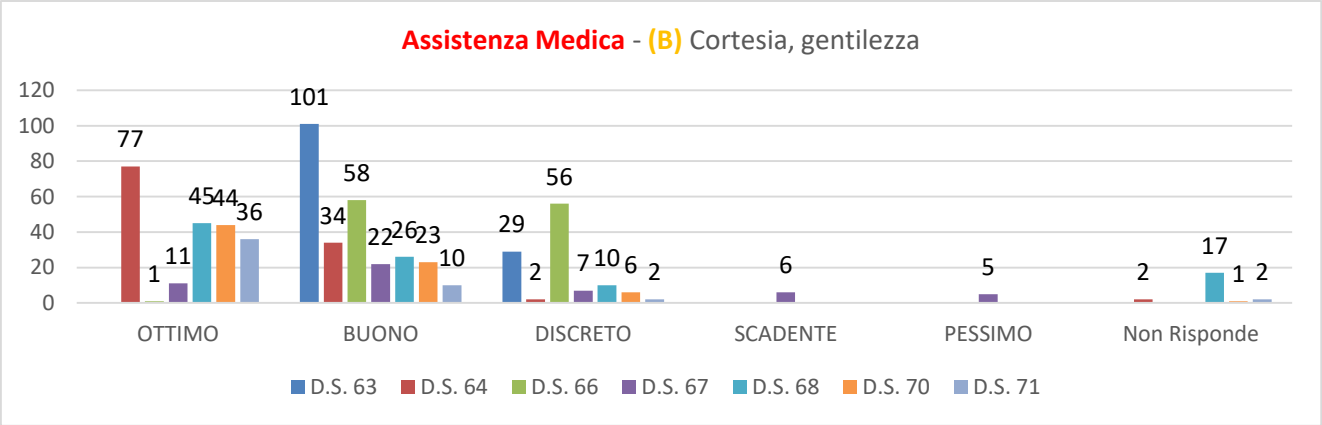
A) Accuratezza percepita per la visita effettuata

4. Assistenza Medica	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	100	30	0	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	73	40	1	0	0	1
D.S. 66 Salerno	**115**	17	36	62	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	11	22	9	6	3	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	46	25	9	0	0	18
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	50	18	4	0	0	2
D.S. 71 Sapri	**50**	39	9	1	0	0	1
TOTALE	**633**						



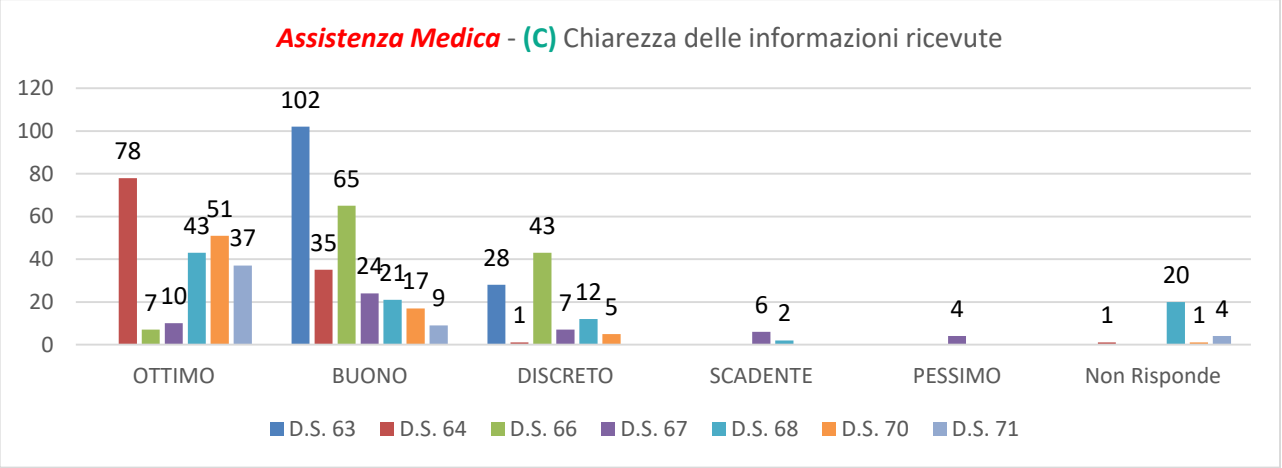
B) Cortesia, gentilezza

4. Assistenza Medica	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	0	101	29	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	77	34	2	0	0	2
D.S. 66 Salerno	115	1	58	56	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	11	22	7	6	5	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	45	26	10	0	0	17
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	44	23	6	0	0	1
D.S. 71 Sapri	50	36	10	2	0	0	2
TOTALE	633						



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

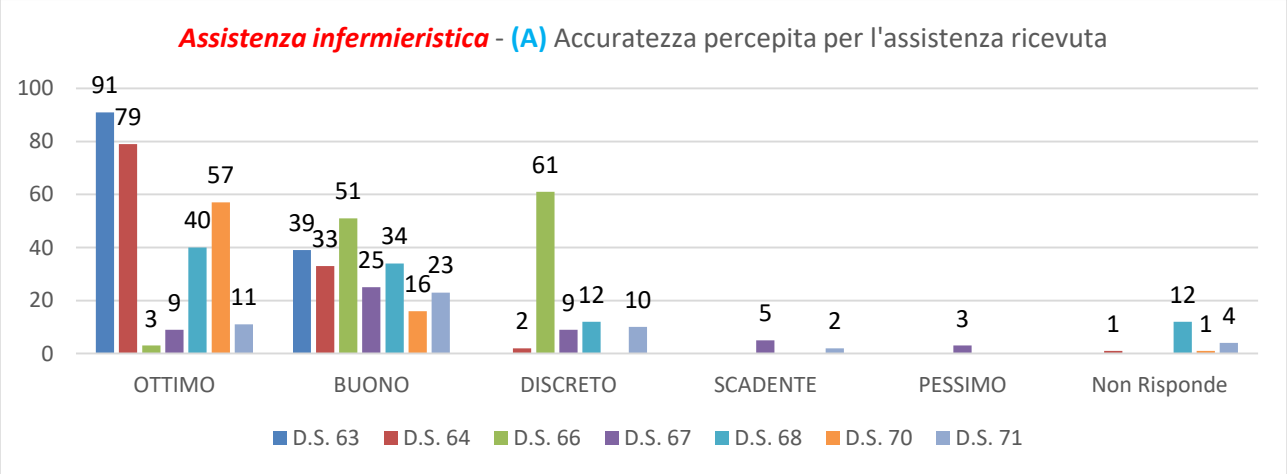
4. Assistenza Medica	C	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	0	102	28	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	78	35	1	0	0	1
D.S. 66 Salerno	**115**	7	65	43	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	10	24	7	6	4	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	43	21	12	2	0	20
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	51	17	5	0	0	1
D.S. 71 Sapri	**50**	37	9	0	0	0	4
TOTALE	**633**						



5. Assistenza infermieristica

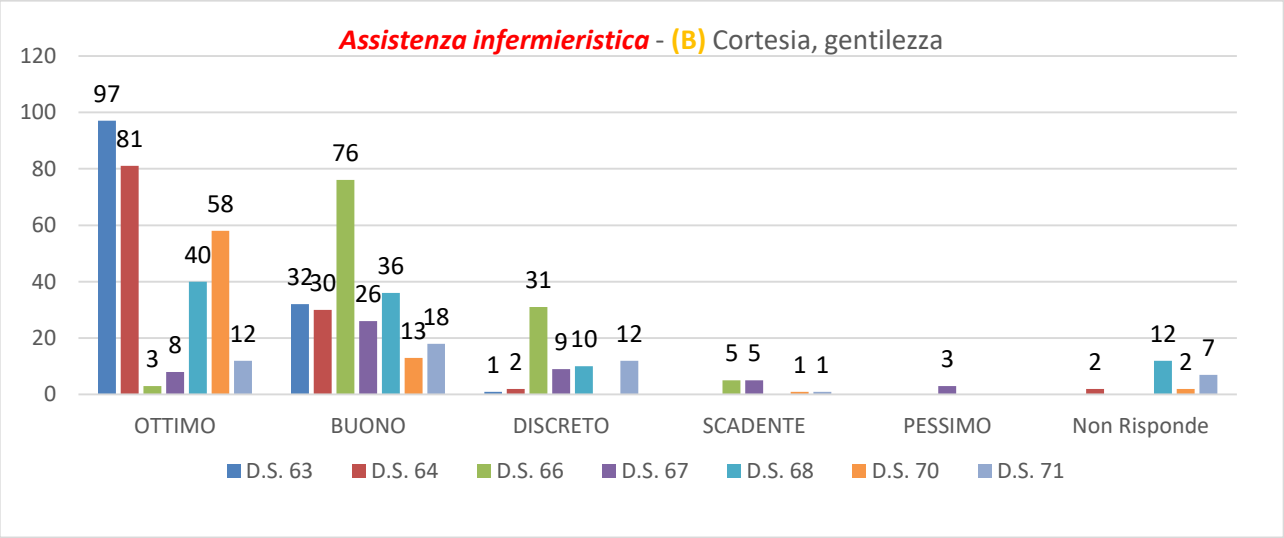
A) Accuratezza percepita per l'assistenza ricevuta

5. Assistenza Infermieristica	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	91	39	0	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	79	33	2	0	0	1
D.S. 66 Salerno	**115**	3	51	61	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	9	25	9	5	3	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	40	34	12	0	0	12
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	57	16	0	0	0	1
D.S. 71 Sapri	**50**	11	23	10	2	0	4
TOTALE	**633**						



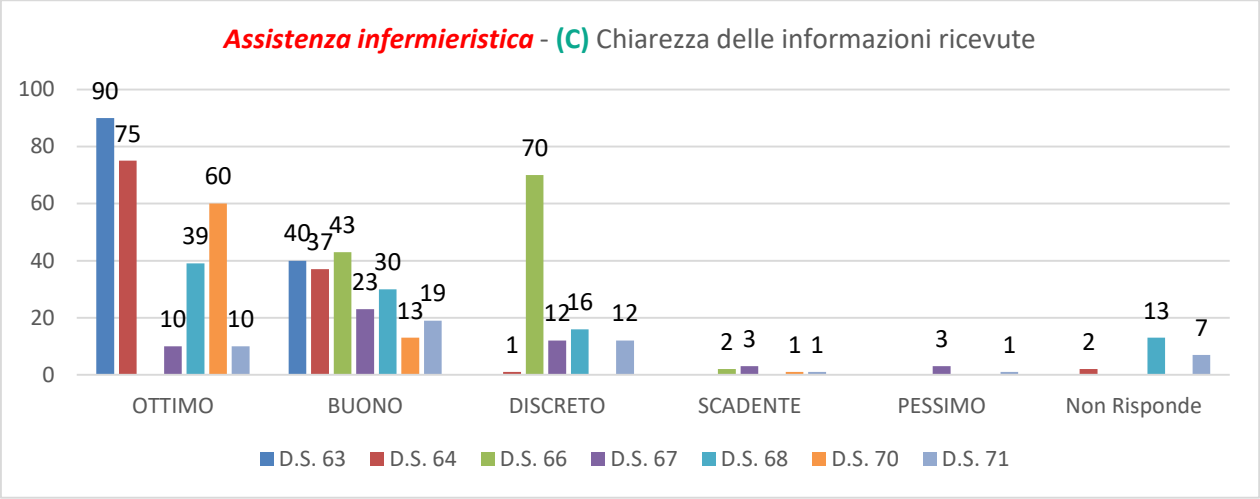
B) Cortesia, gentilezza

5. Assistenza Infermieristica	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	97	32	1	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	81	30	2	0	0	2
D.S. 66 Salerno	**115**	3	76	31	5	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	8	26	9	5	3	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	40	36	10	0	0	12
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	58	13	0	1	0	2
D.S. 71 Sapri	**50**	12	18	12	1	0	7
TOTALE	**633**						



C) Chiarezza delle informazioni ricevute

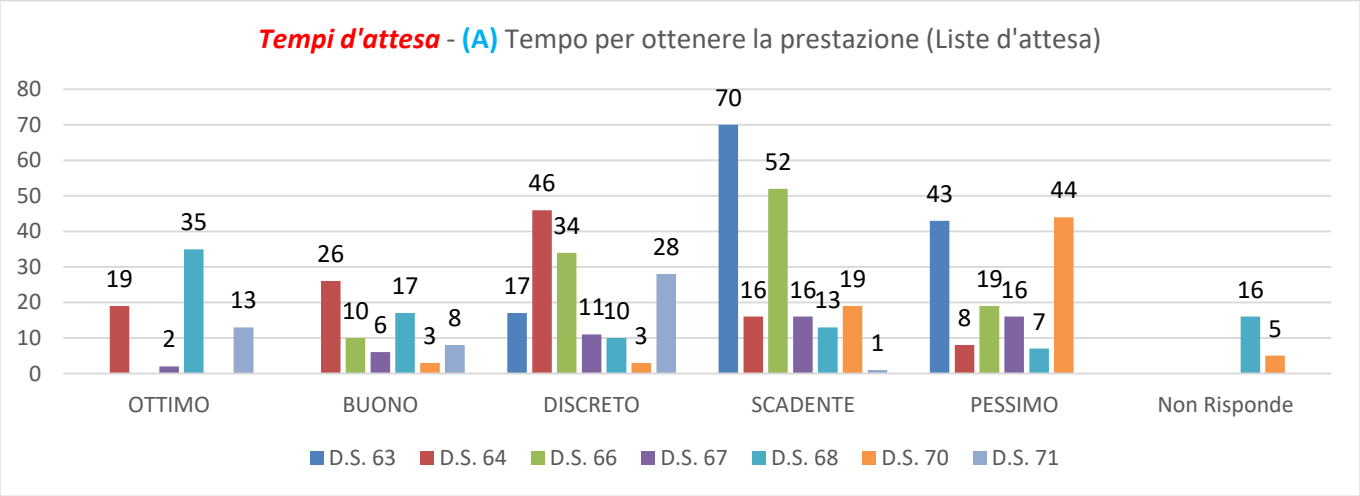
5. Assistenza Infermieristica	C	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	90	40	0	0	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	75	37	1	0	0	2
D.S. 66 Salerno	**115**	0	43	70	2	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	10	23	12	3	3	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	39	30	16	0	0	13
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	60	13	0	1	0	0
D.S. 71 Sapri	**50**	10	19	12	1	1	7
TOTALE	**633**						



6. Tempi di attesa

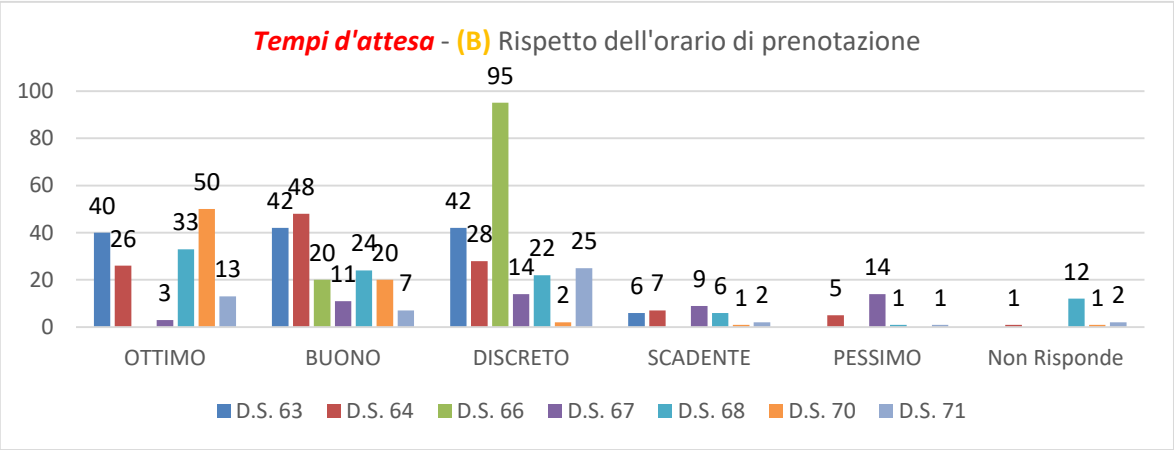
A) Tempo per ottenere la prenotazione (Liste d'attesa)

6. Tempi d'Attesa	A	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	130	0	0	17	70	43	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	115	19	26	46	16	8	0
D.S. 66 Salerno	115	0	10	34	52	19	0
D.S. 67 Mercato San Severino	51	2	6	11	16	16	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	98	35	17	10	13	7	16
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	74	0	3	3	19	44	5
D.S. 71 Sapri	50	13	8	28	1	0	0
TOTALE	633						



B) Rispetto dell'orario di prenotazione

6. Tempi d'Attesa	B	OTTIMO	BUONO	DISCRETO	SCADENTE	PESSIMO	Non Risponde
D.S. 63 Cava de' Tirreni /Costa D'Amalfi	**130**	40	42	42	6	0	0
D.S. 64 Eboli/Buccino	**115**	26	48	28	7	5	1
D.S. 66 Salerno	**115**	0	20	95	0	0	0
D.S. 67 Mercato San Severino	**51**	3	11	14	9	14	0
D.S. 68 Giffoni Valle Piana	**98**	33	24	22	6	1	12
D.S. 70 Vallo della Lucania/Agropoli	**74**	50	20	2	1	0	1
D.S. 71 Sapri	**50**	13	7	25	2	1	2
TOTALE	**633**						



4.2.5 Azioni di miglioramento

Le risultanze dell'indagine *customer* sopra esposte sono assunte dall'Azienda quale traccia per intraprendere azioni di miglioramento concernenti le criticità segnalate, al fine di migliorare la qualità dei servi e la tutela del cittadino, attraverso diverse attività:

- Rafforzamento della comunicazione/informazione sui servizi, modalità di accesso e tempi di attesa;
- Miglioramento del clima organizzativo e della comunicazione interna;
- Percorsi di formazione per il personale dedicato all'accoglienza;
- Attenzione al criterio di umanizzazione dei percorsi di cura nelle strutture ospedaliere e territoriali (ad es. murales e creazione di paesaggi virtuali lungo i percorsi di accesso alle prestazioni);
- Percorsi di alfabetizzazione informatica agli utenti attraverso punti di facilitazione digitale distribuiti su tutto il territorio.

4.3 Piano di comunicazione

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Piano di Comunicazione
2025-2026

ASLSA-0016967-2026 del 21/01/2026 12:56:27

Sommario

1. Premessa
2. Obiettivi
3. Strumenti
4. La U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione
5. L'URP e la comunicazione con il cittadino
6. Comunicazione interna
7. Comunicazione esterna
8. Comunicazione WEB
9. Comunicazione Social
10. Comunicazione a mezzo stampa
11. Le "Botteghe Della Comunità" - Un modello di umanizzazione delle cure
12. Comunicazione e umanizzazione delle cure
13. Comunicazione su progetti specifici 2025-2026
14. Comunicazione e Associazioni di Volontariato
15. Dati di attività - Post che hanno avuto maggior successo nel 2025

1. Premessa

L'ASL Salerno intende irrobustire e alimentare il patto fiduciario con i cittadini della provincia e con i propri professionisti, attraverso la strutturazione di processi di comunicazione coordinati e multicanale necessari a valorizzare e migliorare l'accountability dell'intero sistema, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza della Pubblica Amministrazione.

Corrette policy comunicative consentono infatti il consolidamento della credibilità dei servizi della ASL verso i cittadini, che ne sono i principali fruitori, configurando appunto la centralità del governo degli stakeholder e dei network esterni.

Migliorare quindi l'accesso e la comprensione delle informazioni è la strategia comunicativa che la ASL Salerno si prefigge a supporto dell'empowerment del territorio di cui l'Azienda ha competenza, secondo il paradigma della health literacy come irrobustimento delle abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute.

La comunicazione è la costante che supporta il cambiamento attraverso l'organizzazione periodica, da parte della Direzione Strategica della ASL Salerno, creando risultati positivi (early wins). La ASL si prefigge quindi di progettare e presidiare opportuni momenti interni ed esterni di comunicazione per dare continuità e rilancio al cambiamento previsto sull' Atto Aziendale, generando coinvolgimento e partecipazione negli stakeholder, tra cui i livelli istituzionali di riferimento.

Anche rispetto alla multidimensionalità delle performance aziendali, sia organizzative che individuali, la ASL Salerno intende inoltre strutturare processi di comunicazione organizzativa per la verifica e il monitoraggio dei processi da sviluppare in stretta connessione con gli obiettivi istituzionali della Direzione Strategica, aggiornando costantemente il monitoraggio dei KPI e degli obiettivi/criteri di performance sulle diverse linee d'attività aziendali.

La ASL mira quindi ad individuare e implementare soluzioni innovative tramite strumenti agili che garantiscano una migliore fruizione dei servizi al cittadino il self-service online. Assistenti virtuali, portali e digitalizzazione dei servizi rivolti all'utenza possono aiutare i cittadini della provincia di Salerno ad ottenere maggiori informazioni o ad accedere ai servizi offerti dalla ASL.

Tramite quindi la costruzione del proprio modello di Customer Relationship Management (CRM) la ASL Salerno punta a semplificare e digitalizzare i processi aziendali rivolti al cittadino,

tramite una comunicazione proattiva utile a migliorare l'efficienza e l'efficacia operativa oltre che l'esperienza dei pazienti e degli assistiti. La Direzione Strategica si pone l'obiettivo di realizzare un nuovo modello di sportello digitale al cittadino e gestione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in logica di omnicanalità, mettendo a disposizione per tutto il territorio provinciale portali self-service (modulari, scalabili e interoperabili con i sistemi aziendali e regionali) facilmente accessibili sul portale aziendale per trovare risposte velocemente – con la garanzia di trasparenza e visibilità circa la gestione della pratica e della richiesta - dialogando con l'ASL anche tramite BOT.
Al fine di garantire livelli di comunicazione uniformi, l'ASL Salerno predispone il proprio Piano di comunicazione, strumento in grado di coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. Il Piano di comunicazione aiuta il governo della comunicazione consentendone la finalizzazione, individuando gli attori e il pubblico di riferimento, oltre che indicarne strumenti e risorse.
Il Piano consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'azienda, e comprende tutte le iniziative aziendali (comprese quelle dedicate a progetti nazionali, regionali e locali).
L'ASL Salerno monitora costantemente l'immagine coordinata/corporate identità, necessaria a rappresentare la comune identità visiva aziendale verso i cittadini e verso i propri dipendenti. La coerenza semiotica è indispensabile per far sì che i destinatari abbiano precisi punti di riferimento, e che siano guidati in un processo di riconoscimento del marchio (brand awarness), attraverso una presenza indiretta dell'Azienda in ogni sua rappresentazione. La procedura, quindi, definisce le modalità di utilizzazione del logo aziendale, sia da parte delle strutture aziendali che da soggetti esterni che richiedono il patrocinio dell'Azienda.

2. Obiettivi

Il Piano illustra le azioni in programma per il 2026 e risponde ad obiettivi specifici:

- Migliorare la percezione che i dipendenti e i cittadini hanno dell'ASL di Salerno nell'ottica di diminuire il gap tra ciò che l'Azienda promuove e il percepito;
- Valorizzare i numerosissimi servizi offerti dall'ASL Salerno in tutte le fasi della vita del cittadino;
- Aumentare il coinvolgimento del personale attraverso un'attività strutturata di ascolto e di confronto e attraverso iniziative per promuovere il senso di appartenenza;

▪ Favorire la comprensione di temi complessi attraverso messaggi semplici, chiari, comprensibili e uniformi su tutto il territorio. I temi complessi non vanno banalizzati, ma valorizzati attraverso l'individuazione e la narrazione di messaggi chiave e di interesse per i pubblici;
▪ Coinvolgere i pubblici interni ed esterni promuovendo un ascolto strutturato grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali e modelli di intelligenza artificiale.
▪ Attività di ascolto sul territorio attraverso sportelli per la Relazione con il Pubblico finalizzati a rinsaldare la relazione con le sedi periferiche e a migliorare i percorsi assistenziali e di cura;
▪ Continuare il processo di avvicinamento ai cittadini già intrapreso negli anni precedenti, prevedendo attività e messaggi che mirano a comunicare "con" il cittadino e non "al" cittadino, coinvolgendolo direttamente e assegnando un ruolo centrale alla comunicazione online e ai social media;
▪ Rafforzare il ruolo assegnato alla comunicazione online e ai social media nell'ottica di un incremento degli utenti raggiunti e dell'interazione con i cittadini;
▪ Sviluppare le relazioni con i mass media, affinché siano una cassa di risonanza del ruolo dell'ASL Salerno e dei suoi assistiti.
▪ Favorire modelli di comunicazione tesi all'umanizzazione delle cure.

3. Strumenti

▪ Sito web
▪ Portale Trasparenza
▪ Facebook
▪ Instagram
▪ Youtube
▪ Rapporti con i Media
▪ Eventi sul territorio
▪ Associazioni di Volontariato
▪ Patrocini
▪ Partnership con altri enti istituzionali
▪ URP

Uno degli obiettivi del 2026 è quello di aggiornare i profili Social Aziendali con l'introduzione di nuove piattaforme nell'ambito dei Social Network, quali ad esempio LinkedIn e TikTok.

4. La U.O.C. Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa & Comunicazione

Le linee d'attività della comunicazione e dell'informazione - trasversali a tutti i servizi della ASL Salerno – sono incardinate all'interno della UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione. A questa è funzionalmente collegata la UOSD URP. Le due unità organizzative sono serventi alle attività integrate di comunicazione e informazione aziendali, e hanno il mandato di assicurare le relazioni interne ed esterne all'Azienda, in ordine alla normativa vigente, al fine di orientare la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità della persona, intesa non solo come destinataria dei servizi aziendali, ma anche come interlocutore privilegiato.

La comunicazione e l'informazione sono oggi a pieno titolo tra i principali driver di cambiamento che orientano l'azione dell'Azienda Sanitaria. La dimestichezza nell'utilizzo dei social media per le pubbliche amministrazioni è un indicatore che misura il comportamento partecipativo degli stakeholders.

La comunicazione è asset strategico che connota l'importante funzione in tutti i processi aziendali per promuovere la salute, rispondere al meglio e in sicurezza ai fabbisogni dei cittadini lungo tutte le fasi del continuum of care. L'ASL Salerno basa la propria strategia comunicativa anche sull'uso diffuso della metodologia lean. L'Azienda è inoltre inserita nella rete dei comunicatori di Federsanità ed è partner attivo dell'Associazione nazionale PA Social.

Per la stesura del Piano aziendale sono assunti come base i seguenti documenti di programmazione dell'ASL Salerno:

- Piano Integrato di Attività e Organizzazione
- Atto Aziendale (Delibera N.ro 1306 del 13 agosto 2024)

Non è possibile definire da adesso il Piano operativo e quindi preventivare le azioni comunicative per l'intero 2026, a verifica di fine anno saranno riportate le Campagne realizzate che riporteranno, la descrizione dell'obiettivo comunicativo, gli strumenti e i canali di comunicazione utilizzati, i contenuti, i pubblici di riferimento e il sistema di misurazione adottato.

Nell'ambito dell'indirizzo strategico delineato dalla Direzione Generale, attraverso la gestione e il coordinamento della comunicazione aziendale si intende procedere alle sotto indicate attività:

- Redazione del Piano di comunicazione

▪ garanzia di informazione al cittadino sui servizi dell'Azienda e relativa modalità di accesso;
▪ assicurazione della realizzazione di proficui rapporti con le Associazioni di volontariato;
▪ rilevazione in maniera sistematica degli accessi e della percentuale di raggiungimento del target desiderato al fine di consentire la realizzazione di interventi correttivi e migliorativi;
▪ redazione e diffusione di comunicati stampa, organizzazione di conferenze stampa, rapporti con i media e organi di informazione, anche attraverso la gestione di canali aziendali sulle principali testate;
▪ gestione dei social network aziendali (Facebook, Youtube e Instagram);
▪ organizzazione di eventi aziendali e gestione di campagne di informazione, prevenzione e promozione della salute;
▪ aggiornamento dei portali istituzionali e-sanità ed e-trasparenza;
▪ rilevazione continua del livello di gradimento del portale web e dei suoi contenuti;
▪ rilevazione della Customer Satisfaction sui servizi offerti;
▪ cura della rassegna stampa;
▪ implementazione della messaggistica istantanea finalizzata a favorire uno scambio continuo e diretto con i pubblici esterni;
▪ cura dei profili social aziendali

Gli obiettivi operativi rispettano i principi chiave individuati nella Strategia: integrazione, trasparenza, condivisione, accessibilità, sostenibilità, partecipazione e inclusione.
In merito ai contenuti della comunicazione istituzionale sono stati identificati i seguenti temi principali da presidiare con iniziative specifiche:

▪ Giornate nazionali e internazionali su temi della salute;
▪ Appropriatezza e recupero liste di attesa;
▪ Diffusione della Cultura della Donazione;
▪ Acquisizione nuove tecnologie e integrazione di nuovi modelli di intelligenza artificiale associati alla comunicazione;
▪ Organizzazione di eventi Aziendali;
▪ Campagne di promozione degli screening oncologici;
▪ Sensibilizzazione e diffusione di Corretti Stili di Vita;
▪ Attività integrate e di collaborazione con Associazioni di Volontariato;
▪ Facilitazione dei percorsi a supporto del cittadino;
▪ Miglioramento dell'Accessibilità ai servizi e Umanizzazione dei percorsi di cura;
▪ Gestione attività di comunicazione Istituzionale tra enti del territorio per facilitare i servizi al cittadino;
▪ Alfabetizzare il pubblico interno ed esterno ai nuovi servizi digitali.

5. L'URP e la comunicazione con il cittadino

Attraverso le attività di informazione e comunicazione le aziende possono, infatti, da una parte rispondere ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra diventare organizzazioni capaci di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini favorendo l'umanizzazione delle cure e l'attenzione alla persona nella sua globalità. I mutamenti nella struttura sociale hanno portato a nuove configurazioni nei rapporti interni alla società che attivano una domanda di relazione più personalizzata e richiedono alle istituzioni la capacità di fornire risposte sempre più complesse, estese e differenziate. Nel contempo una più diffusa consapevolezza dei diritti di cittadinanza modifica la relazione tra cittadini e amministrazioni. Comunicare con i cittadini in maniera studiata, meditata ed integrata stimola la percezione e trasmette l'idea di una struttura amministrativa che funziona e che agisce in maniera coordinata.

In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, attraverso ogni canale di comunicazione, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti permettendo al cittadino-utente una partecipazione attiva ai processi aziendali. Segnalazioni, encomi e reclami favoriscono proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'obiettivo per il 2026 sarà quello di implementare una piattaforma dotata di intelligenza artificiale per poter fornire soluzioni in tempo reale a quante più persone possibili e di mettere il cittadino utente in dialogo costante con l'azienda.

6. Comunicazione interna

Il coinvolgimento del personale dell'ASL SALERNO, rappresenta senz'altro una leva strategica per questo motivo è fondamentale che tutti gli operatori, siano coinvolti nella ridefinizione e completamento dell'assetto organizzativo aziendale, verso modalità di lavoro omogenee e comunque di garanzia verso gli utenti di tutto il territorio dell'Asl Salerno. In questo contesto la comunicazione interna può e deve svolgere un ruolo fondamentale al fine del coinvolgimento, della responsabilizzazione del personale e della sua crescita professionale, in linea con gli obiettivi strategici sopra riportati.
Pertanto, la comunicazione interna nell'anno in corso deve tendere verso i seguenti obiettivi specifici:

1) Consolidare un rapporto trasparente e leale fra Azienda e personale attraverso processi di informazione trasparenti, accessibili e continui;
2) Rafforzare il senso di appartenenza e di identità di tutto il personale, al fine di generare una cultura dell'istituzione;
3) Rafforzare, in tutto il personale, una cultura orientata alla relazione ed all'accoglienza del cittadino;
4) Garantire risposte agli utenti attraverso scambi e collaborazione inter istituzionale;

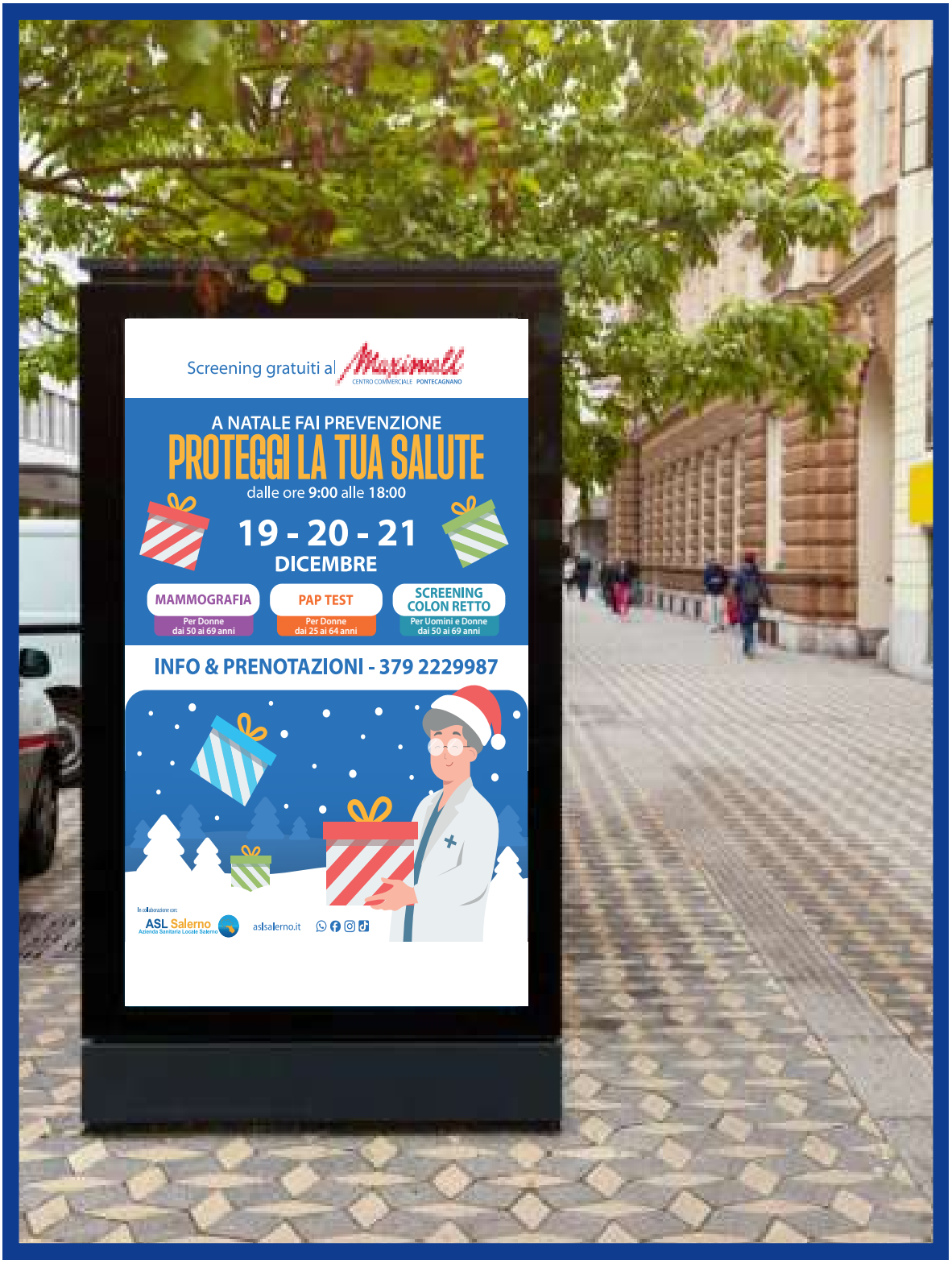
Una buona comunicazione interna, fondata su un'ampia circolazione delle informazioni sulle attività e i processi lavorativi e il pieno coinvolgimento del personale nei progetti di cambiamento organizzativo, consente di costruire al meglio l'identità aziendale e favorisce la crescita di un senso di appartenenza positivo alla dimensione del lavoro pubblico. Negli anni la funzione della comunicazione interna si è trasformata in una comunicazione organizzativa polifunzionale che rende possibile la conoscenza più approfondita dell'Ente anche al suo interno.

7. Comunicazione esterna

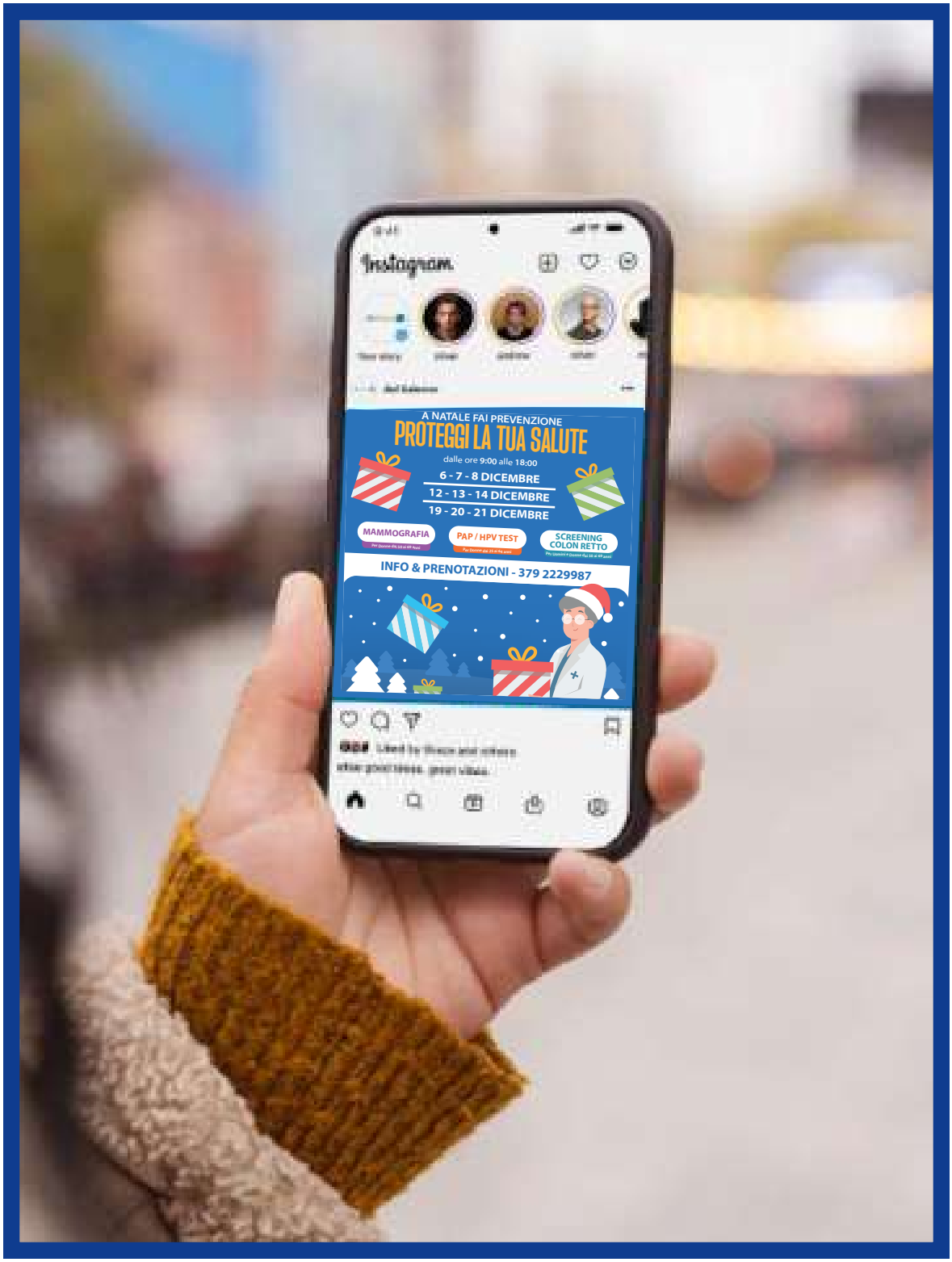
L'immagine coordinata intende assicurare omogeneità e standardizzazione nei processi di comunicazione dell'ASL SALERNO contribuendo a rafforzarne l'efficacia e la riconoscibilità. Le campagne di comunicazione prevedono sempre più integrazione tra tutti i mezzi disponibili affinché la comunicazione dell'azienda risponda sempre ai criteri di coerenza, omogeneità, trasparenza e multimedialità. La campagna screening dedicata alle Botteghe della Comunità dà pienamente riscontro di quanto sopra descritto evidenziando coerenza tra tutti i materiali utilizzati sui diversi canali.

La coerenza di tutti i materiali a quanto approvato nel manuale di identità visiva, costituisce un significativo contributo nel rendere distintiva e riconoscibile la comunicazione aziendale sia nei processi interni che in quelli esterni oltre ad assicurare un unico riferimento per gestire l'immagine interna ed esterna dell'ente oltre alla declinazione su tutti i mezzi di comunicazione aziendale.

AFFISSIONE IN OCCASIONE DELLA CAMPAGNA 2025-2026 PER LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE



MOCK AFFISSIONI


Instagram
A NATALE FAI PREVENZIONE
PROTEGGI LA TUA SALUTE
dalle ore 9:00 alle 18:00
6 - 7 - 8 DICEMBRE
12 - 13 - 14 DICEMBRE
19 - 20 - 21 DICEMBRE
MAMMOGRAFIA
PAP / HPV TEST
SCREENING COLON RETTO
INFO & PRENOTAZIONI - 379 2229987

MOCK SOCIAL

MOCK LOCANDINA

8. Comunicazione web

Il Portale Istituzionale dell'ASL Salerno in questo ultimo anno ha ulteriormente ampliato le sue attività e le sue funzioni anche sotto il profilo informatico, dopo il precedente consolidamento e rinnovamento grafico, diventando così uno strumento in grado di agevolare il dialogo interattivo con il cittadino.

Il portale anche in funzione delle accresciute esigenze sia degli utenti che degli operatori è uno strumento di consultazione ampiamente utilizzato da un numero sempre maggiore di persone che ricercano informazioni per orientarsi all'interno di un'azienda che per dimensioni è tra le più grandi di Italia.

La home page attraverso un'ampia sezione di "primo piano" evidenzia i temi e le informazioni del momento, legate ad argomenti emergenti. A seguire sono consultabili le ultime notizie (avvisi, news, comunicati, ecc.), subito seguite da un'ampia sezione "Come fare per..." recanti un immediato riferimento ai vari ambiti assistenziali e dei servizi erogati. Consultabili e visibili nell'apposita sezione "Eventi" i momenti più importanti per la vita dell'azienda.

A seguire le sezioni "Avvisi e Concorsi", "Bandi di Gara" e "Albo Pretorio", che integrano e riportano alla parte della piattaforma collegata ad "Amministrazione Trasparente".

Sulla home, naturalmente, i link che rimandano alle pagine social dell'Ente garantendo un'integrazione tra portale e social sempre con l'obiettivo di una comunicazione tempestiva ed integrata.

La piattaforma è aggiornata alla più recente normativa in materia, conforme alle Linee guida di design per i servizi web della PA, emesse dall'AGID - Agenzia per l'Italia Digitale, ed alle Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici.

9. Comunicazione Social

Per promuovere le attività che si caratterizzano per innovazione, qualità ed eccellenza si punta ad un uso strategico dei canali social che possono raggiungere un alto livello di penetrazione nel tessuto sociale, toccando target di popolazione molto eterogenei per età, professione, ruolo sociale e interessi.
A tale scopo, dal 2017 l'ASL SALERNO è presente su Facebook e dal 2018 su Instagram con una pagina istituzionale creata, gestita e costantemente presidiata dalla struttura deputata alla Comunicazione.
L'attività social è ritenuta una risorsa validissima per consolidare l'immagine dell'Azienda, informare su servizi, diffondere notizie, sensibilizzare i cittadini su temi sanitari, fare promozione della salute e campagne di prevenzione e gestire con tempestività notizie urgenti o emergenze sanitarie, ma anche, in una certa misura, avere un feedback da parte dei cittadini utenti.
Consapevole che i social media sono strumenti informativi ormai imprescindibili anche per le strutture sanitarie, ad integrazione dei tradizionali canali di informazione e comunicazione, l'Azienda ha ritenuto indispensabile disciplinare, attraverso una Social Media Policy aziendale, pubblicata sul sito web, i comportamenti e i contenuti considerati inadeguati e che possono portare, come misura estrema, a un vero e proprio divieto di accesso dell'utente allo spazio virtuale ('ban').
Per una PA essere presente sui principali social network significa affrontare un grande cambiamento culturale, che coinvolge non soltanto le modalità di erogazione dei servizi e delle informazioni, ma anche e principalmente le modalità di relazione con il cittadino. Ciò implica apertura, capacità di ascolto e di dialogo, orientamento all'interazione, disponibilità al cambiamento.

La pianificazione degli argomenti è fondamentale per garantire un flusso informativo costante e coerente con le iniziative aziendali. Ogni mese l'azienda predispone un piano editoriale fatto di video animati, infografiche, interviste, card interattive, con contenuti relativi agli appuntamenti più importanti (giornate nazionali, internazionali o mondiali; inaugurazioni, o eventi da divulgare) insieme a un approccio di costante gentilezza e disponibilità, è fondamentale la presa in carico immediata del quesito e, laddove non sia possibile rispondere immediatamente, si considera importante assicurare un riscontro entro pochi giorni.

La chat privata associata alle pagine Social diviene fondamentale per cogliere criticità o risorse delle iniziative intraprese e occasione per rispondere con immediatezza ai quesiti richiesti o alla presa in carica delle richieste al fine di trovare soluzioni condivise, migliorare la soddisfazione e accrescere la fiducia.

10. Comunicazione a mezzo stampa

I rapporti con i Media sono un settore di importanza strategica nella gestione dell'immagine aziendale. Le redazioni costituiscono l'interlocutore privilegiato per sviluppare un clima appropriato affinché il sistema di comunicazione input-output non sia falsato o deformato nei contenuti e nei tempi. È quindi necessario parlare ai media e conoscere i meccanismi con cui essi diffondono le "notizie" per sfruttare tutti i canali comunicativi ed accrescere i momenti di "buona" visibilità aziendale.

L'Ufficio Stampa caratterizza la propria attività giornalistica a seconda del target di riferimento, specializzando l'argomento e individuando i canali più appropriati di trasmissione del messaggio. In quest'ottica è importante ricercare nuove strategie di comunicazione, utilizzando anche le innovazioni tecnologiche.

Capacità e competenza nell'utilizzare gli strumenti multimediali per far giungere con immediatezza al pubblico l'informazione voluta o richiesta, dopo aver controllato la veridicità della notizia e aver rilevato i commenti dei vertici della propria organizzazione di appartenenza con i quali è a stretto e continuo contatto.

11. Le Botteghe Della Comunità un modello di umanizzazione delle cure

Uno dei primi esempi di umanizzazione delle cure e benessere organizzativo in sanità è stato realizzato con l'inaugurazione delle "Bottega Della Comunità" in provincia di Salerno che punta a migliorare i servizi sanitari e sociali offerti ai cittadini, facilitando la condivisione delle informazioni tra i professionisti sanitari per garantire un'assistenza più efficace e personalizzata.
Attraverso questa esperienza che sarà replicata in numerose aree interne del territorio provinciale, ASL Salerno ha applicato in anticipo i principi dettati dalla "Carta di Udine" presentata in occasione degli Stati Generali Itineranti proprio per l'Umanizzazione delle cure e il benessere organizzativo.
"Le Botteghe della Comunità" di ASL Salerno, realizzate con i fondi PNRR, non solo modernizzano le strutture, ma creano anche un punto di riferimento per la salute e il benessere della comunità. Esse rappresentano un passo significativo verso un'assistenza sanitaria più accessibile e integrata, attraverso la presa in carico diffusa e multi professionale, soprattutto le aree interne della provincia dove lo spopolamento e la distanza con i punti di erogazione dei servizi sanitari mette in discussione il concetto cardine dell'equità per la salute.

La sanità del futuro è l'umanizzazione delle cure. Una nuova strategia per rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso un modello che coniuga la prospettiva clinico-assistenziale con quella comunicativa e organizzativa-gestionale.
Umanizzazione delle Cure vuol dire fare esperienza di solidarietà, educare al rapporto intergenerazionale, generando modelli relazionali utili anche al di fuori del contesto sanitario. L'Umanizzazione delle Cure genera fiducia; rappresenta un modello di civiltà e una opportunità di crescita per la società intera.

L'ASL Salerno sale sul podio delle "Best Practice" per le attività di integrazione sociosanitaria nelle aree interne con le Botteghe della Comunità, al premio "Chi l'ha fatto" promosso da Cittadinanzattiva ad ottobre 2025.
Il riconoscimento premia un modello replicabile di sanità di prossimità: il progetto garantisce assistenza a oltre 28.000 cittadini in aree fragili, coniugando equità d'accesso e continuità delle cure.

A novembre 2025 ha preso il via la prima Campagna di Screening gratuiti nelle Botteghe della Comunità, che ha riguardato con cadenza settimanale i comuni afferenti ai distretti sanitari 69 e 70 di Capaccio/Roccadaspide e Vallo della Lucania, sedi delle Botteghe.

L'iniziativa manifesta l'interesse ad ampliare costantemente i servizi all'interno del territorio, integrando progressivamente nelle Botteghe della Comunità un'offerta omogenea a quella non territoriale.

12. Comunicazione e umanizzazione delle cure

Umanizzazione delle cure significa porre il paziente, nella sua individualità, al centro del percorso di assistenza sociale e sanitaria, in un'ottica olistica che va' oltre la malattia fisica. L'obiettivo è quello di creare un sistema sanitario che valorizzi l'unicità di ogni persona, promuovendo una relazione medico-paziente empatica, attraverso l'ascolto, la condivisione e la dignità dell'assistito. Questo approccio richiede l'allineamento di competenze tecniche e attenzione alla persona, coinvolgendo attivamente pazienti, familiari, operatori sanitari e associazioni. L'ASL SALERNO ha promosso con grande impegno il modello di "Umanizzazione delle cure", attraverso iniziative mirate e a misura di cittadino. In quest'ottica, nell'ambito della salute mentale, l'Azienda è stata tra le prime coinvolte nel progetto, in collaborazione con Lundbeck Italia, "Coloriamo i luoghi della salute del cervello".

Il progetto ha visto l'inaugurazione di una nuova sala d'attesa nel Dipartimento di Salute Mentale, la decorazione murale "Le farfalle addosso" di Antonella Torquati, tratta dal concorso People in Mind. L'obiettivo è quello di far sentire accolto e in un luogo sicuro e confortevole il paziente, oltre che il reparto, nella volontà di trasformare quelli che sono i luoghi di cura in parte integrante del percorso di guarigione, favorendo l'empowerment dei pazienti e degli operatori sanitari. La volontà è quella di continuare il lavoro già svolto nel biennio precedente orientando la comunicazione, sia interna che esterna, verso modalità sempre più vicine alla persona che sta dietro a utenti e operatori aziendali.

13. Comunicazione su progetti specifici 2025-2026

Le progettualità sulle quali l'azienda ha focalizzato attività di comunicazione dedicate nel 2025 in continuità dall' anno precedente, sono di supporto alle attività previste dai progetti vincolati e quindi considerate di particolare rilievo ai fini del raggiungimento dei LEA, nello specifico:

Supporto alle attività di Prevenzione

- Sviluppo di iniziative di comunicazione a supporto dei programmi di attività di promozione e prevenzione della salute;
- Campagna di comunicazione sulle vaccinazioni obbligatorie;
- Campagna stagionale per la vaccinazione antinfluenzale;
- Attività di Comunicazione legate al raggiungimento dei target negli Screening Oncologici;
- Sicurezza nei luoghi di lavoro;

Supporto alle attività di Salute Mentale

- Dipendenze (Fumo, alcol, tabagismo)
- Violenza di genere e a sostegno delle donne vittime di violenza

Supporto alle attività di ospedaliere

- Determinanti di Salute nel percorso nascita
- Donazione Organi
- Sicurezza delle Cure Ospedaliere

Supporto alle attività di integrazione Ospedale - Territorio

- Ambulatori Infermieristici
- Attività di Riabilitazione
- Recupero Liste di Attesa
- Telemedicina
- Equità in Salute
- Psicologo di base

Servizio Civile Universale (progetto Giovani per la promozione della Salute) per la promozione e sensibilizzazione degli screening oncologici gratuiti, per un contributo al miglioramento all'accesso dei servizi sanitari per i cittadini. Un servizio di impatto sociale per fare la differenza e migliorare la qualità della vita sul territorio e favorire l'informazione e la comunicazione per l'accesso ai servizi della cittadinanza.

Supporto alle attività di Telemedicina

Uno degli obiettivi cardine della digitalizzazione del sistema sanitario è rappresentato dall'introduzione della telemedicina. In quest'ambito l'ASL SALERNO è stata premiata nel mese di novembre al Lean Healthcare Award 2025, gli "Oscar della sanità", con il progetto "Telestroke - la rete dell'ictus ischemico acuto": l'ASL SALERNO è la prima azienda sanitaria campana a vincere il prestigioso riconoscimento. Il progetto "Telestroke" è un modello rivoluzionario di valutazione a distanza e presa in carico in telemedicina del paziente con sintomi di ictus reso realizzato nell'ottica di una sanità senza barriere e "su misura" del paziente.

Le attività di comunicazione svolte nel biennio 2024-2025 hanno rappresentato una diffusione organica all'utenza delle modalità di accesso e fruizione dei nuovi servizi offerti, mentre gli obiettivi per l'anno venturo, già in fase di realizzazione, intendono integrare dei punti di facilitazione digitale all'interno delle Case della Comunità e nei Comuni, in modo tale da agevolare ulteriormente l'utenza nell'approccio ai servizi di Telemedicina e digitali, garantendo un servizio uniforme con la messa a disposizione di sedi per lo svolgimento delle visite. Nell'ambito dei servizi digitali l'Azienda intende anche mettere in campo sistemi di Intelligenza Artificiale generativa.

Sempre nell'ambito del supporto alla digitalizzazione l'ASL Salerno e IFEL Campania hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che prevede l'attività di accompagnamento e facilitazione digitale per supportare i pazienti eleggibili alle visite di controllo attraverso la Telemedicina che non dispongono di adeguate competenze digitali.

14. Comunicazione e Associazioni di volontariato

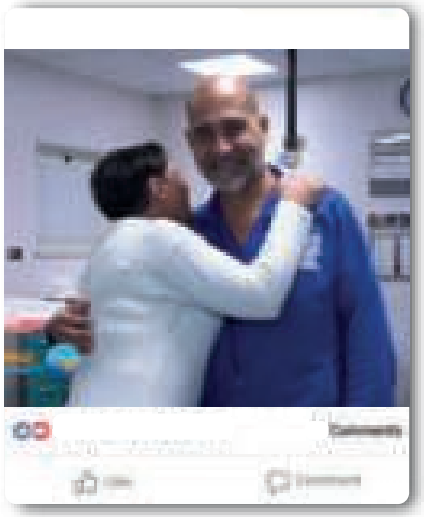
Alle attività svolte nell'ambito della comunicazione istituzionale afferisce anche la gestione del rapporto con le Associazioni di Volontariato, la cui collaborazione con l'Azienda comporta la realizzazione di iniziative condivise finalizzate alla promozione di progettualità nella popolazione interessata. A tale scopo l'ASL Salerno ha sviluppato uno schema di accordo quadro tra l'ASL Salerno e CSV Sodalis (Centro servizi per il volontariato della provincia di Salerno) per la programmazione e la progettazione delle attività di volontariato organizzato e degli Enti del Terzo Settore per le Case della Comunità nella provincia di Salerno.

Mission della collaborazione è il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e le associazioni di volontariato in iniziative co-programmate e co-progettate all'interno delle strutture fulcro della rete assistenziale territoriale e della riforma del SSN, le Case della Comunità, con un particolare focus ai temi quali la mobilità sociale per l'utenza più fragile, i servizi di sostegno, la prevenzione socio-sanitaria e l'assistenza informatica nel contesto della telemedicina.

Nell'ambito dell'integrazione ospedale territorio del DM 77/2022, la collaborazione tra pubblica amministrazione e associazioni di volontariato si fonda sull'alleanza tra tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire un benessere collettivo, una riduzione delle disuguaglianze ed un'offerta sanitaria accessibile a tutti nell'ottica dell'umanizzazione delle cure.

15. Dati di attività - Post che hanno avuto maggiore successo nel 2025

Le pagine social dell'ASL Salerno registra un costante aumento di follower e soprattutto di interazioni (domande e commenti). Risulta inoltre evidente come in momenti corrispondenti a eventi imprevisti ci sia un notevole aumento di attività sulla pagina, a conferma del fatto che le persone cercano informazioni sui social network ed è di fondamentale importanza fornire risposte corrette e tempestive attraverso le fonti istituzionali.



Visualizzazioni
432.176

Mi piace
4930

Interazioni nette
5710

Visualizzazioni
10.178

Mi piace
199

Interazioni nette
222

Visualizzazioni
27.374

Mi piace
168

Interazioni nette
209

Insights Facebook 2025

Insights Instagram 2025

A cura di

UOC Sviluppo Strategico, Innovazione Organizzativa e Comunicazione

UOSD URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)

Francesco Colavita

Vittoria Cosentino

Luca Morrone

Filippo Falvella

ASL Salerno

Azienda Sanitaria Locale Salerno

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Appendice PIAO 2026-2028
Obiettivi Operativi UOC/UOSD

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA - P.O. DI EBOLI**
Codice struttura	**R402011701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MICHELE VERRIOLI**
Matricola Responsabile	**7904**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
2	**RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ANATOMIA PATALOGICA - P.O. PAGANI**
Codice struttura	**R401020801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MARIA ADDESSO**
Matricola Responsabile	**26**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
2	**RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI EBOLI**
Codice struttura	**R402010201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MICHELE CAPASSO**
Matricola Responsabile	**17404**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO ALOIA
Matricola Responsabile	10051
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONELLO D'ANDREA
Matricola Responsabile	3862
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni rispetto alle dimissioni con prescrizione del primo ciclo terapeutico	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD CARDIOLOGIA - P.O. DI OLIVETO
Codice struttura	R405011001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO CATALANO
Matricola Responsabile	5458
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SILVIO SAPONARA
Matricola Responsabile	7602
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD CARDIOLOGIA - PO ROCCADASPIDE
Codice struttura	R402030801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	OPPO IGINO
Matricola Responsabile	13224
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ALFREDO MAZZA
Matricola Responsabile	17343
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CARDIOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO RICCIO
Matricola Responsabile	2688
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	MIRO ANTONIO GIUSEPPE FRANCESCO
Matricola Responsabile	18015
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	**a fasce**	**N. Interventi eseguiti ≥ 135 = 100% N. Interventi eseguiti < 135 = 0%**
3	**Riduzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg. da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	**a fasce**	**<= 7,93 = 100% > 7,93 e <= 9 = 80% > 9 = 0%**
4	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	**a fasce**	**≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0**
5	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
6	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
7	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
8	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
10	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCO LA ROCCA
Matricola Responsabile	14876
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI SPARAVIGNA
Matricola Responsabile	3075
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	RENATO MECCARIELLO
Matricola Responsabile	3505
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010201
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	ERMANNO D'ARCO
Matricola Responsabile	11176
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	AURELIO NASTO
Matricola Responsabile	2305
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MEUCCI
Matricola Responsabile	12996
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010301
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE CORRADO
Matricola Responsabile	841
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	a fasce	N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. CHIRURGIA GENERALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403010301**
Anno	**2025**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNI CAMMAROTA**
Matricola Responsabile	**10474**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Riferimento all'obiettivo H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) annui**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rsipetto dell'indicatore previsto dall'obiettivo H02Z (n. interventi per tumore maligno della mammella in reparti > 135 interventi annui / n. interventi per tumore maligno della mammella dell'intera ASL)	**a fasce**	**N. Interventi eseguiti ≤ 10 = 100% N. Interventi eseguiti > 10 = 0%**
3	**H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni / Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	**a fasce**	**≥ 70% = 100%; tra 65 e 70 = 80%; tra 60 e 65 = 60%; < 60 = 0**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. CHIRURGIA VASCOLARE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI CIMINO
Matricola Responsabile	9996
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD DERMATOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	RAFFAELLA MANZO
Matricola Responsabile	2085
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
2	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Mantenimento del peso medio DRG**	Gestione organizzativa	20	N. Ricoveri totali / peso totale DRG	**a fasce**	**≥ 0,95 = 100%; tra 0,90 e 0,94 = 80%; tra 0,85 e 0,89 = 60%; < 0,89 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. EMATOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CATELLO CALIFANO
Matricola Responsabile	508
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	0	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407011701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ALFREDO CARRATO**
Matricola Responsabile	**15472**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403012001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNI RICCIO**
Matricola Responsabile	**16419**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402024401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE PALUMBO
Matricola Responsabile	7102
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CUOMO
Matricola Responsabile	899
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GENETICA MEDICA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401021801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	PIETRO GIOIELLO
Matricola Responsabile	1708
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. GERIATRIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GENARO MADDALUNO
Matricola Responsabile	12641
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	On/Off	on
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401013301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CARMINE ORICCHIO
Matricola Responsabile	13227
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	**a fasce**	>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
2	**H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	**a fasce**	>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI BATTIPAGLIA**
Codice struttura	**R402021301**
Anno	**2025**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIUSEPPE PIPOLO**
Matricola Responsabile	**7290**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	**a fasce**	**>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%**
2	**H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	**a fasce**	**>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. MEDICINA TRASFUSIONALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012602
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI D'ARENA
Matricola Responsabile	11177
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H08Za - Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi, GR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N° unità GR prodotte / N° Unità GR programmate	**a fasce**	>= 97% = 100% tra 80% e 97% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
2	**H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immuno globuline, fattore VIII e fattore IX, albumina)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Valutazione della variazione % del rapporto tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno e Kg plasma programmati (nell'anno di rilevazione)	**a fasce**	>= 95% = 100% tra 80% e 95% = 80% tra 60% e 80% = 60% tra 50% e 60% = 50% inferiore a 50% = 0%
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401012301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ROSITA MARCHITIELLO**
Matricola Responsabile	**2093**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI OLIVETO CITRA**
Codice struttura	**R405010901**
Anno	**2025**
Direttore/Referente/Responsabile	**PAOLA SABATINI**
Matricola Responsabile	**2818**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI SAPRI**
Codice struttura	**R404011301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ALESSANDRO SANTOMAURO**
Matricola Responsabile	**14004**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403012401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MARCELLO AMETRANO**
Matricola Responsabile	**10076**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. LABORATORIO DI ANALISI - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407012101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MARIA GIOVANNA DI SEVO**
Matricola Responsabile	**11591**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LABORATORIO ANALISI - P.O. SARNO**
Codice struttura	**R406011201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**PATRIZIA RUMMO**
Matricola Responsabile	**2779**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. LABORATORIO ANALISI - P.O. DI BATTIPAGLIA**
Codice struttura	**R402021001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GREGORIO GOFFREDI**
Matricola Responsabile	**17607**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	35	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione del tempo di consegna in minuti dei referti urgenti**	Gestione organizzativa	30	n. medio minuti di consegna referti urgenti	**a fasce**	**≤ 55' = 100%; ≥ 55' ≤ 60' = 80%; ≥ 60' ≤ 65' = 60%; > 65' = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LUNGODEGENZA - P.O. DI SCAFATI**
Codice struttura	**R401030801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANGELO TOMMASO SGUEGLIA**
Matricola Responsabile	**2994**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403010501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GRAZIA RUSSO**
Matricola Responsabile	**7517**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - P.O. DI EBOLI**
Codice struttura	**R402010601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOLITTO GIANCARLO**
Matricola Responsabile	**6325**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI - PO DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401010501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**SULLO ANNARITA**
Matricola Responsabile	**17786**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC PS CON OBI - PO BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402024501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MORGERA GIUSEPPE
Matricola Responsabile	6944
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. MEDICINA EMERGENZA URGENZA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401011801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNA ESPOSITO**
Matricola Responsabile	**1362**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	**on/off**	**On**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	**a fasce**	**<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA EMERGENZA URGENZA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIETTA SICA
Matricola Responsabile	2997
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD PS CON OSSERAVAZIONE BREVE (PO POLLA)
Codice struttura	R407013101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	INNAC ANTONIO
Matricola Responsabile	1857
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOSD PS CON OBI - PO SARNO**
Codice struttura	**R406013501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**LA MURA FRANCESCO**
Matricola Responsabile	**3695**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	**on/off**	**On**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	**a fasce**	**<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD PS CON OBI - P.O. SAPRI
Codice struttura	R404012801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	BARONE FRANCESCO MIMMO
Matricola Responsabile	16803
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ADA MAFFETTONE
Matricola Responsabile	17308
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC MEDICINA GENERALE E DELLE FRAGILITA' - P.O. DI AGROPOLI
Codice struttura	R403020201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE VOLZONE
Matricola Responsabile	7978
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO PATELLA
Matricola Responsabile	13369
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE TORIELLO
Matricola Responsabile	7815
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE D'ADAMO
Matricola Responsabile	920
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIULIO DE FELICE
Matricola Responsabile	11212
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CANNAVALE ALESSANDRO
Matricola Responsabile	17297
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD MEDICINA GENERALE E DELLE FRAGILITA' - P.O. DI ROCCADASPIDE
Codice struttura	R402030201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIANCARLO ROMEO
Matricola Responsabile	13803
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE COVETTI
Matricola Responsabile	17451
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. MEDICINA GENERALE - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIROLAMO ADILETTA
Matricola Responsabile	29
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. NEFROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401010701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ARISTIDE TORRE**
Matricola Responsabile	**17921**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEFROLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402013001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE GIGLIOTTI
Matricola Responsabile	6323
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. NEFROLOGIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407010601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**FRANCESCO BUONO**
Matricola Responsabile	**10399**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z -Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROCHIRURGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO MARTINO
Matricola Responsabile	2136
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROCHIRURGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE CARANDENTE
Matricola Responsabile	3613
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD NEUROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO PIZZA
Matricola Responsabile	13561
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	a fasce	<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%
3	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEUROLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402010901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO BUSILLO
Matricola Responsabile	5290
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	**a fasce**	**<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. NEUROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401010901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA CUOMO
Matricola Responsabile	17946
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	**a fasce**	**<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NEUROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MAURIZIO TENUTA
Matricola Responsabile	16673
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H23C - Riduzione della mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi	**a fasce**	**<= 12,91 = 100% > 12,91 e <=15 = 60% >15 = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. NEURORADIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403012501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIO VOLPE**
Matricola Responsabile	**14617**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	30	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	**≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0**
3	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. NEURORADIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401012401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANDREA MANTO**
Matricola Responsabile	**2070**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	30	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	**≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0**
3	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403010901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	OLGA VOTO
Matricola Responsabile	14632
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	PALMIRO CORNETTA
Matricola Responsabile	5647
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%**
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OCULISTICA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE MARINO
Matricola Responsabile	2106
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OCULISTICA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407010801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO PELLEGRINO
Matricola Responsabile	7193
Totale Peso obiettivi	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
4	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi /N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
5	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
6	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici/Numero di dimessi Valore Percentuale	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ONCOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	LAURA PESCE
Matricola Responsabile	13448
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ONCOLOGIA - P.O. DI PAGANI
Codice struttura	R401020601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	DI LORENZO GIUSEPPE
Matricola Responsabile	4176
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ONCOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROSCIGNO ANNARITA
Matricola Responsabile	13809
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403011001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIANFRANCO LENZA**
Matricola Responsabile	**12486**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	**a fasce**	**≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI BATTIPAGLIA**
Codice struttura	**R402020401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ENRICO DI COLA**
Matricola Responsabile	**5957**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	**a fasce**	**≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ORTOPEDIA E CHIRURGIA PROTESICA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CAPPELLI
Matricola Responsabile	10542
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401011101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MICHELE CIOFFI**
Matricola Responsabile	**749**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	**a fasce**	**≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIAMPIERO CALABRO'
Matricola Responsabile	9253
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ORTOPEDIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407010901**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIO CARONNA**
Matricola Responsabile	**10634**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	**a fasce**	**≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**≥ 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404010501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ATTILIO MOLINARO
Matricola Responsabile	13044
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE MAZZARELLA
Matricola Responsabile	4113
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura collo femore con degenza preoperatoria compresa 0 - 2 gg / numero dimissioni (età 65+) con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore	a fasce	≥ 60% = 100%; tra 55 e 59 = 80%; tra 50 e 54 = 60%; < 50 = 0
3	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
4	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% < 90% = 0
7	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
8	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
9	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
10	Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403011101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**SALVATORE RONSINI**
Matricola Responsabile	**13808**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	**a fasce**	**<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402020501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI PISAPIA CIOFFI
Matricola Responsabile	7299
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	a fasce	<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA SANTORIELLO
Matricola Responsabile	2878
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con >1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	**a fasce**	**<= 25 = 100% > 25 e <= 35 = 70% > 33 e <= 40 = 50% > 40 = 0%**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407011001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**FRANCESCO DE LAURENTIIS**
Matricola Responsabile	**18238**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	**a fasce**	**<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI SAPRI**
Codice struttura	**R404010601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**BRUNO TORSIELLO**
Matricola Responsabile	**14389**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	**a fasce**	**<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CASELLA GENNARO
Matricola Responsabile	17393
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	n. DRG ari/n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti;**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Dimissioni con parto cesareo primario /Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	**a fasce**	**<= 20 = 100% > 20 e <= 30 = 70% > 30 e <= 35 = 50% > 35 = 0%**
3	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% <55% = 0%**
4	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
5	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg;	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
8	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**On**
9	**Tempestività (48H) della comunicazione di avvenuto impianto alla farmacia di competenza per emissione dell'ordine di fatturazione e successivo ordine di reintegro. Obbligo dell'utilizzo del modulo SIAC dedicato alla gestione del c/deposito secondo i contratti caricati come da aggiudicazione**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di comunicazioni di avvenuto impianto inoltrate entro le 48 ore alla farmacia di competenza / numero totale impianti	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; < 60 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. REUMATOLOGIA - P.O. DI SCAFATI
Codice struttura	R401031101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE SCARPATO
Matricola Responsabile	2924
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI PAGANI**
Codice struttura	**R401021301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CONTALDO RITA**
Matricola Responsabile	**804**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	**≥35% = 100 % < 35% > 30% = 80% < 30% > 20% = 60% <20% = 0%**
2	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403013201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIULIANI TERESA**
Matricola Responsabile	**12074**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	**≥35% = 100 % < 35% > 30% = 80% < 30% > 20% = 60% <20% = 0%**
2	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE - P.O. DI OLIVETO CITRA**
Codice struttura	**R405011103**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MAURIZIO PINTORE**
Matricola Responsabile	**7288**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D30Z - Incremento dell'assistenza in cure palliative per assistiti oncologici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	**≥35% = 100 % < 35% > 30% = 80% < 30% > 20% = 60% <20% = 0%**
2	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	45	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403013601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**BOSCO MICHELE**
Matricola Responsabile	**17432**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
5	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402012501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	FERNANDO CHIUMIENTO
Matricola Responsabile	5523
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
5	Contenimento della degenza media	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	a fasce	<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401012701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MAURIZIO MANZI**
Matricola Responsabile	**2072**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
3	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
4	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - P.O. OLIVETO**
Codice struttura	**R405011801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**PANDOLFO LUIGI**
Matricola Responsabile	**17512**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
5	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA - P.O. POLLA
Codice struttura	R407012701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GALLO ANGELO
Matricola Responsabile	11924
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
5	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA - P.O. SAPRI**
Codice struttura	**R404011801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CIANCIOLA EMIDIO**
Matricola Responsabile	**17434**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
5	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA - P.O. SARNO**
Codice struttura	**R406012001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CANDURRO MICHELE**
Matricola Responsabile	**17431**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	20	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
5	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	20	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 8,00 = 100%; tra 8,00 e 12,00 = 80%; tra 12,00 e 16,00 = 60%; > 16,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE - P.O. DI BATTIPAGLIA
Codice struttura	R402024301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SIANO ANNA
Matricola Responsabile	7691
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
3	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
4	**Mantenimento del peso medio DRG**	Gestione organizzativa	15	N. Ricoveri totali / peso totale DRG	**a fasce**	**≥ 3,10 = 100%; tra 2,90 e 3,09 = 80%; tra 2,70 e 2,89 = 60%; < 2,70 = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	15	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 20,27 = 100%; tra 20,27 e 20,55 = 80%; tra 20,55 e 21,00 = 60%; > 21,00 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401013701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIUSEPPE MARCHESANO**
Matricola Responsabile	**2089**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
3	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**
4	**Mantenimento del peso medio DRG**	Gestione organizzativa	15	N. Ricoveri totali / peso totale DRG	**a fasce**	**≥ 3,10 = 100%; tra 2,90 e 3,09 = 80%; tra 2,70 e 2,89 = 60%; < 2,70 = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Contenimento della degenza media**	Gestione organizzativa	15	N. g.d. totali / n. ricoveri totali	**a fasce**	**<= 20,27 = 100%; tra 20,27 e 20,55 = 80%; tra 20,55 e 21,00 = 60%; > 21,00 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANGELO PINTO
Matricola Responsabile	13520
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402011301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE PIERRI
Matricola Responsabile	7271
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401011501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO SANSEVERINO
Matricola Responsabile	2861
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. UROLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407011301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO IULIANO
Matricola Responsabile	12370
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC SER.D. SALERNO**
Codice struttura	**R303020201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIETTA GRANDINETTI**
Matricola Responsabile	**6370**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	**on/off**	On
2	**Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco**	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	**on/off**	On
3	**Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	**on/off**	On
4	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)**	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	**on/off**	On
5	**Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie	**on/off**	On
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. DISTURBO DUALE E NEW ADDICTION**
Codice struttura	**R303020601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANIELLO BASILICE**
Matricola Responsabile	**300**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Potenziamento dell'attività tossicologica a supporto dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze**	OBIETTIVI GENERALI - DG	50	Relazione sull'avvenuto potenziamento dell'attività a supporto dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze	**on/off**	On
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC SER.D. BATTIPAGLIA – CAPACCIO/ROCCADASPIDE**
Codice struttura	**R303020303**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIUSEPPE FALCONE**
Matricola Responsabile	**6099**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	**on/off**	On
2	**Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco**	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	**on/off**	On
3	**Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	**on/off**	On
4	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)**	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	**on/off**	On
5	**Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie	**on/off**	On
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC SER.D. CAVA DE' TIRRENI/ COSTA D'AMALFI – NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R303020101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CIRO ARMENANTE**
Matricola Responsabile	**178**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	**on/off**	On
2	**Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco**	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	**on/off**	On
3	**Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	**on/off**	On
4	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)**	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	**on/off**	On
5	**Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie	**on/off**	On
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC SER.D. VALLO DELLA LUCANIA – AGROPOLI – SAPRI – SALA CONSILINA**
Codice struttura	**R303020401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CARMINE ACCONCIA**
Matricola Responsabile	**20**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) , con incremento dei volumi d'utenza**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di assistenza per il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e di incremento dei volumi d'utenza	**on/off**	On
2	**Realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco**	Formazione	20	Relazione sulla avvenuta realizzazione di corsi di formazione specialistica sul tema GAP, in favore di operatori sanitari, educatori sociali ed esercenti locali da gioco	**on/off**	On
3	**Potenziamento e miglioramento dei programmi di assistenza per disturbo da uso di sostanze, con mantenimento o incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto mantenimento/Incremento dei volumi di presa in carico dei pazienti secondo le Linee guida di trattamento multidisciplinare per Dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, tabacco)	**on/off**	On
4	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)**	Prevenzione	15	Relazione sull'avvenuto potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione delle malattie infettive con incremento dei pazienti sottoposti a screening infettivologici (HBV, HCV, HIV, MTS)	**on/off**	On
5	**Recupero mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie**	Gestione organizzativa	15	Relazione sull'avvenuto recupero della mobilità passiva per ricoveri in Comunità extraregionali mediante riduzione dei ricoveri in Comunità Terapeutica extraregionali ad eccezione di quelli emessi direttamente dalle Autorità Giiudiziarie	**on/off**	On
6	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% < 90% = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. N.P.I.A.
Codice struttura	R301030201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE ANGELO IANNUZZI
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	12282
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale di NPIA**	Salute Mentale	40	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale di NPIA rispetto all'anno pregresso	on/off	On
2	**Riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico in trattamento ABA sui minori con disturbi dello spettro autistico**	Salute Mentale	30	Relazione sull'avvenuta riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico in trattamento ABA sui minori con disturbi dello spettro autistico rispetto all'anno pregresso	on/off	On
3	**Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. APPROPRIATEZZA CURE RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI - PROGRAMMAZIONE ED INTEVENTI SULLE FRAGILITA' IN SALUTE MENTALE**
Codice struttura	**R301080101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNA STORTI**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**3118**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Monitoraggio ed appropriatezza degli inserimenti residenziali in strutture socio sanitarie**	Salute Mentale	50	Numero di verifiche effettuate / numero di pazienti in trattamento residenziale *100	**a fasce**	**>= 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%; tra 30% e 40% = 60%; < 30% = 0**
2	**Preparazione dell'avviso per la selezione dei cogestori e pubblicazione dell'avviso per l'implementazione di progetti PTRP con metodologia di finanziamento con Budget di Salute**	Salute Mentale	50	Relazione sull'avvenuta pubblicazione della delibera realtiva all'avviso di selezione dei cogestori e alla pubblicazione dell'avviso per l'implementazione di progetti PTRP con metodologia di finanziamento con Budget di Salute	**on/off**	**On**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. S.M. N. 9 VALLO - SAPRI**
Codice struttura	**R301020135**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ALFONSO CARMELO PACE**
Matricola Responsabile	**13250**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	**a fasce**	**≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%**
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	**on/off**	**On**
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	**on/off**	**On**
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	**a fasce**	**≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0**
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M.N. 1 NOCERA INFERIORE - CASTEL S. GIORGIO
Codice struttura	R301020101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIULIO CORRIVETTI
Matricola Responsabile	5656
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 2 ANGRI - SCAFATI
Codice struttura	R301020104
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVANNI NOLFE
Matricola Responsabile	17452
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	**a fasce**	**≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%**
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	**on/off**	**On**
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	**on/off**	**On**
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	**a fasce**	**≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0**
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 3 M.S. SEVERINO - PAGANI - SARNO
Codice struttura	R301020108
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ALFREDO BISOGNO
Matricola Responsabile	368
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 4 CAVA - COSTA D'AMALFI
Codice struttura	R301020113
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	BERNARDO GIORDANO
Matricola Responsabile	1714
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 5 EBOLI - CONTURSI/POLLA
Codice struttura	R301020118
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MAUTONE
Matricola Responsabile	12916
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
6	Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 6 BATTIPAGLIA - PONTECAGNANO FAIANO
Codice struttura	R301020124
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ENRICO DI CERBO
Matricola Responsabile	5955
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	**a fasce**	**≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%**
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	**on/off**	**On**
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	**on/off**	**On**
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	**a fasce**	**≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0**
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 7 SALERNO
Codice struttura	R301020128
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GERMANO FIORE
Matricola Responsabile	6183
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	on/off	On
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	on/off	On
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	on/off	On
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	on/off	On
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. S.M. N. 8 CAPACCIO - ROCCADASPIDE - AGROPOLI
Codice struttura	R301020132
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO VINCENZO
Matricola Responsabile	14567
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	**a fasce**	**≤ 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% > 8,00 = 0%**
2	**Riconversione graduale della spesa a favore della sanità territoriale, dello sviluppo individuale e dei contesti familiari e comunitari, sostenuta da una forte azione partecipata di coordinamento e razionalizzazione delle risorse e della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali ("welfare community")**	Salute Mentale	10	Relazione sull'avvenuta implementazione di 10 progetti pilota (PTRP) terapeutico-riabilitativi innovativi (Budget di Salute), per soggetti con diagnosi psichiatriche maggiori, ad alta integrazione professionale e con il concorso attivo della comunità di riferimento previa individuazione cogestori tramite pubblicazione avviso.	**on/off**	**On**
3	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico. Creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» con utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Stesura e adozione di specifico PDTA Esordi con metodologia ispirata alle Linee Guida nazionaliper la presa in carico e seguimento di giovani al loro primo esordio psicotico	**on/off**	**On**
4	**Presa in carico precoce di giovani (15-30 anni) al loro primo episodio psicotico, con creazione in spazi dedicati di ambienti «Youth Attractive» e utilizzo in tutte le sedi del Trattamento Precoce orientato al Social Recovery nella psicosi precoce**	Salute Mentale	5	Relazione sull'avvenuto mantenimento dei livelli di presa in carico precoce al primo episodio psicoico, nel CD e Residenza Esordi di Salerno, rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**
5	**Rispetto della tempistica per il conferimento dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	10	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	**a fasce**	**≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0**
6	**Riferimento alll'obiettivo no-core D26C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del tasso di Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (N. ricoveri pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
7	**Riferimento all'obiettivo no-core D28C per la verifica dell'efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Relazione sull'avvenuto contenimento rispetto all'anno precedente del numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (N. TSO pazienti > 18 anni / n. popolazione residente > 18 anni)	**on/off**	**On**
8	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D SPDC VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R301040301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ALFONSO CARMELO PACE
Matricola Responsabile	13250
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% superiore a 8,00 = 0%
2	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D SPDC DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R301040201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA LAURA MIGNONE
Matricola Responsabile	2196
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	a fasce	<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 60% superiore a 8,00 = 0%
2	Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	a fasce	≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. SPDC SALERNO**
Codice struttura	**R301040101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**DAVIDE AMENDOLA**
Matricola Responsabile	**5072**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D27C - Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria / Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento	**a fasce**	**<= 6,90 = 100% tra 6,91 e 7,50 = 80% tra 7,51 e 8,00 = 50% superiore a 8,00 = 0%**
2	**Rispetto della tempistica dei flussi informativi SISM per verifica LEA entro 45 giorni dalla scadenza del semestre di riferimento**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	n. giorni dalla scadenza del semestre di riferimento	**a fasce**	**≤ 45 gg. = 100%; tra 45 gg. e 50 gg. = 80%; tra 50 gg. e 55.gg. =60 %; > 55 gg. = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Flussi Informativi / Monitoraggi	35	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE superiore all' anno 2022	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 67 MERCATO S. SEVERINO
Codice struttura	R508010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	EMILIANA SELLITTO
Matricola Responsabile	18267
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 60 NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R501010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROBERTO COLETTA
Matricola Responsabile	782
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 62 SARNO/PAGANI
Codice struttura	R503010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO ESPOSITO
Matricola Responsabile	1347
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 64 EBOLI/BUCCINO
Codice struttura	R505010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARILENA MONTEFUSCO
Matricola Responsabile	13066
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 68 GIFFONI VALLE PIANA
Codice struttura	R509010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GRAZIA GENTILE
Matricola Responsabile	1690
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS69 CAPACCIO/ROCCADASPIDE
Codice struttura	R510010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO CLAUDIO MONDELLI
Matricola Responsabile	13057
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	a fasce	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	a fasce	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	a fasce	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	a fasce	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	a fasce	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	a fasce	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	a fasce	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	on/off	On
13	Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	a fasce	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 61 ANGRI/SCAFATI
Codice struttura	R502010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MICHELE CANTELMI
Matricola Responsabile	554
Peso Totale	95

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 63 CAVA DE' TIRRENI/COSTA D'AMALFI
Codice struttura	R504010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SALVATORE FERRIGNO
Matricola Responsabile	1509
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 65 BATTIPAGLIA
Codice struttura	R506010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARINA D'ANIELLO
Matricola Responsabile	5766
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS 66 SALERNO
Codice struttura	R507010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CARMELO PETRAGLIA
Matricola Responsabile	7234
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS70 VALLO DELLA LUCANIA/AGROPOLI
Codice struttura	R511010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARILYNA ALOIA
Matricola Responsabile	10052
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS71 - SAPRI
Codice struttura	R512010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DSS72 - SALA CONSILINA/POLLA
Codice struttura	R513010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per diebete, BPCO e scompenso cardiaco in età adulta rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 285 = 100% tra 286 e 300 = 80% tra 300 e 320 = 50% > 320 = 0%
2	**D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra il numero di dimissioni ordinarie per asma e gastroenterite in età pediatrica rispetto al totale della popolazione della ASL rapportato a 100.000 abitanti	**a fasce**	≤ 81,71 = 100% tra 81,71 e 95,00 = 80% tra 96 e 105 = 50% > 105 = 0%
3	**D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL rapportato a 1.000 abitanti	**a fasce**	≤6500 = 100% tra 6500 e 7500 = 80% tra 7500 e 8500 = 50% >8500 = 0%
4	**D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	≥ 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% < 55% = 0%
5	**D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,80 = 100% tra 1,60 e 1,79 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% <1,40 = 0%
6	**P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni	**a fasce**	≥ 95% = 100% tra 92% e 94% = 80% tra 90% e 93% = 50% < 90% = 0%
7	**P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) / numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	**a fasce**	≥ 92% = 100% tra 91% e 92% = 80% tra 89% e 90% = 50% < 89% = 0%
8	**P15a - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% < 13% = 0%
9	**P15b - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
10	**P15c - Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili Valore percentuale	**a fasce**	≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% <13% = 0%
11	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 50% < 80% = 0%
12	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
13	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PO SAPRI E DSS 71 DIREZIONE SANITARIA
Codice struttura	R404010101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VINCENZO DE PAOLA
Matricola Responsabile	17014
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DEA EBOLI-BATTIPAGLIA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**
Codice struttura	**R402010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GERARDO LIGUORI**
Matricola Responsabile	**16097**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. P.O. SARNO DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**
Codice struttura	**R406010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**NICOLA GRIMALDI**
Matricola Responsabile	**16801**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DEA NOCERA-PAGANI-SCAFATI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**
Codice struttura	**R401010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ROSA SANTARPIA**
Matricola Responsabile	**17013**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DEA VALLO DELLA LUCANIA AGROPOLI ROCCADASPIDE DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**
Codice struttura	**R403010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GAETANO APREA**
Matricola Responsabile	**35556**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. P.O. DI OLIVETO CITRA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**
Codice struttura	**R405010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ARISTIDE TORTORA**
Matricola Responsabile	**3189**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0**
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**on**
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	**a fasce**	**>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0**
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**on**
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	**on/off**	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	**a fasce**	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PO POLLA E DSS 72 DIREZIONE SANITARIA
Codice struttura	R407010101
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	LUIGI MANDIA
Matricola Responsabile	9748
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in regime di ricovero**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
2	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in pronto soccorso**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati in assistenza specialistica ambulatoriale**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% > 80% e < 90% =50% < 80% = 0
4	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione del flusso EMUR PS e degli altri flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	on
5	**Sorveglianza sulle infezione correlate all'assistenza (ICA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Riduzione del 15% rispetto all'anno precedente dei casi di infezione correlati all'assistenza	a fasce	>=15% = 100% >=10% e <15%= 80% >=5% e < 10% = 60% <5% = 0
6	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
7	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	on
8	**Utilizzo della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti**	OBIETTIVI TEMATICI - esg	5	Relazione sull'avvenuto Utilizzo nel macrocentro della piattaforma RENTRI per latracciabilità dei rifiuti	on/off	On
9	**Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025**	Telemedicina	5	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	a fasce	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA NOCERA - PAGANI - SCAFATI E P.O. SARNO**
Codice struttura	**R103040101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GAETANO MEMOLI**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**6852**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA, BILANCIO E CONTABILITÀ
Codice struttura	R103020701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA ANNA FIOCCO
Matricola Responsabile	1533
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Tempestiva predisposizione degli atti propedeutici al bilancio preventivo e consuntivo**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione degli atti propedeutici al bilancio preventivo e consuntivo entro i termini necessitati	on/off	On
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito con revisione della debitoria pregressa attraverso accordi finalizzati alla risoluzione del contenzioso con il supporto AA.LL.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta circolarizzazione dei rapporti di credito e debito con revisione della debitoria pregressa attraverso accordi finalizzati alla risoluzione del contenzioso con il supporto AA.LL.	on/off	On
3	**Monitoraggio finalizzato alla attuazione della Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali per la risoluzione dei ritardi di pagamento ai fornitori**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuto monitoraggio finalizzato alla attuazione della Direttiva UE sui ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, con risoluzione dei ritardi di pagamento ai fornitori	on/off	On
4	**Monitoraggio indicatore dei tempi di pagamento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazioni trimestrali ai macrocentri e alla Direzione Strategica circa i tempi di pagamento	on/off	On
5	**Corretta contabilità dei progetti finanziati da terzi e dei finanziamenti delle singole progettualità e rilascio codici identificativi WBS**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	% Progettualità verificate	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 70% < 80% = 0%
6	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
7	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	a fasce	On
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
9	**Completamento degli obiettivi previsti dal DGRC 607/2024 relativa all'approvazione bilancio consuntivo 2023 ASL Salerno**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione semestrale come stabilito dalla DGRC 607/2024	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA P.O. SAPRI E DS 71**
Codice struttura	**R103040701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ALFONSO MANZO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**14776**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
Codice struttura	R103020301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARIAVINCENZINA ZITO
Matricola Responsabile	9985
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Reclutamento personale.** **Avvio 100% dei reclutamenti autorizzati, secondo il Piano triennale adottato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. procedure avviate (pubblicazione bando) / N. reclutamenti previsti	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; tra 60% e 70% = 60%; ≤ 60% = 0
2	**Flusso informativo regionale sul Personale.** **Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico e nelle Linee guida per la compilazione del Conto Annuale di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2 del DCA 53/2019**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di alimentazione del flusso informativo per il monitoraggio della spesa del SSR su piattaforma Sinfonia nei tempi previsti	a fasce	100% = 100%; tra 80% e 100% = 80% tra 70% e 80% = 60% < 70% = 0%
3	**Flusso informativo regionale sul Personale Convenzionato.** **Consolidamento delle rilevazioni per il monitoraggio del personale convenzionato secondo le modalità stabilite nel Disciplinare Tecnico di cui all'Allegato 1 del DCA - 55/2019**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di alimentazione del flusso informativo per il monitoraggio della spesa del SSR su piattaforma Sinfonia nei tempi previsti	a fasce	100% = 100%; tra 80% e 100% = 80% tra 70% e 80% = 60% < 70% = 0%
4	**Certificazione del Conto annuale nel rispetto della scadenza indicata nella Circolare MEF**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	conseguimento della certificazione MEF	on/off	On
5	**Governo delle risorse.** **Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
6	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
7	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA** **Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:** **-revisione della mappatura dei propri processi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA VALLO DELLA LUCANIA, AGROPOLI E DS 69 E 70**
Codice struttura	**R103040601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANDREA GIANNATTASIO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**12012**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 60 - DS 61 - DS 62
Codice struttura	R103040901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ARTURO UGGA
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	3247
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 63 - 66- 67**
Codice struttura	**R103040301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**LUCIANA MAZZIOTTI**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**6828**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEA OSPEDALI DI EBOLI, BATTIPAGLIA E ROCCADASPIDE**
Codice struttura	**R103040501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**STEFANO GRAZIANO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**9257**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI DIPARTIMENTI STRUTTURALI
Codice struttura	R103040401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	FRANCESCA MORELLI
Matricola Responsabile	13079
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	on/off	On
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	on/off	0 = On > 0 = Off
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	a fasce	≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	on/off	On
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	a fasce	Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DS 64 - DS 65 - DS 68**
Codice struttura	**R103041001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**STEFANO GRAZIANO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**9257**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA PO POLLA, PO OLIVETO CITRA E DS 72**
Codice struttura	**R103040801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONINO DI DOMENICO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**1217**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Circolarizzazione dei rapporti di credito e debito**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta revisione del volume dei debiti e crediti individuati da sufficienti ed appropriati elementi probativi	**on/off**	**On**
3	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
4	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture di diretta pertinenza ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% e <90% = 80% <80% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Tempestiva predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta predisposizione di atti per il funzionamento dei Dipartimenti di afferenza e per acquisizioni di risorse esterne (Fondi regionali, europei, etc.)	**on/off**	**On**
7	**Recupero dellle somme verso stati esteri dei pazienti esteri ricoverati c/o il P.O.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	n° di pazienti con SDO estera con somme recuperate / n° totale pz esteri ricoverati presso il P.O.	**a fasce**	**Recupero tra 90 e 100 % = 100%; tra 80 e 90 % = 80%; tra 70 e 80 % = 60%; < 70 % = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	5	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. GESTIONE ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI, ECONOMATO E LOGISTICA**
Codice struttura	**R103020401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**VANESSA MAZZIOTTI**
Matricola Responsabile	**6829**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Attuazione del Piano di investimenti 2025-2027 con rispetto delle norme in materia di Codice Appalti**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Grado di realizzazione del piano investimenti	**a fasce**	**>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0**
3	**Riduzione, fino all'azzeramento ove possibile, del ricorso all'istituto della proroga contrattuale**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	N. di proroghe contrattuali inferiore al 2024	**on/off**	**On**
4	**Accettazione/rifiuto delle fatture elettroniche entro 15 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture accettate per decorrenza termini (15 gg.)	**on/off**	**0 = On > 0 = Off**
5	**Liquidazione delle fatture entro 30 giorni dal ricevimento**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	N. fatture liquidate / N. totale fatture ricevute sul gruppo acquisti x 100	**a fasce**	**≥90% = 100% ≥80% - <90% = 80% <80% = 0%**
6	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
7	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. GESTIONE DEGLI AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**
Codice struttura	**R103020201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**EMMA TORTORA**
Matricola Responsabile	**7821**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Accordi Asl Creditori per la risoluzione del contenzioso. Sottoscrizione accordi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	n° di accordi sottoscritti nel 2025 maggiore di quelli sottoscritti nel 2024	**on/off**	**On**
3	**Contenimento dei costi legali per gli incarichi esterni con riduzione del n° cause con incarichi esterni**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di incarichi esterni assegnati nel 2025 inferiore a quelli asseganti nel 2024	**on/off**	**On**
4	**Contenimento del contenzioso in fase esecutiva attraverso l'aumento delle prese d'atto e delle determine per la definizione stragiudiziale dei contenziosi esecutivi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	n° determine per atti stragiudiziali del 2025 superiore a quelle dell' anno 2024	**on/off**	**On**
5	**Gestione LegalApp con aggiornamento dei contensiosi e aprticolare attenzione alla valutazione del rischio di soccombenza dei contenziosi già iscritti**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione trimestrale in coincidenza del monitoraggio del CE	**on/off**	**On**
6	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
7	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. SERVIZIO DELLE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI**
Codice struttura	**R103020501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MAURIZIO PILERCI**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**13517**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione sull'avvenuta ricognizione del patrimonio aziendale sul piano giuridico ed economico	**on/off**	**On**
2	**Realizzazione del Piano degli Investimenti 2025-2027 e del Piano dei Lavori al fine di: a) ammodernamento e ripristino delle strutture; b) adeguamento alle normative antincendio; c) efficientamento energetico**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	**a fasce**	**>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0**
3	**Realizzazione delle azioni programmate nell'ambito del PNNR, secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione delle azioni programmate nell'ambito del PNNR, secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022	**on/off**	**On**
4	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. ANATOMIA PATOLOGICA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA**
Codice struttura	**R403012301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**RAFFAELE FRISTACHI**
Matricola Responsabile	**1608**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	50	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
2	**RiduzioneTempi Refertazione per favorire la riduzione dei tempi di chiusura SDO**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	50	Relazione sull'avvenuto miglioramento dei tempi di refertazione degli esami rispetto all'anno precedente	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LUNGODEGENZA - P.O. SAPRI**
Codice struttura	**R404012701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LUNGODEGENZA - P.O. DI AGROPOLI**
Codice struttura	**R403022501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. LUNGODEGENZA - PO ROCCADASPIDE**
Codice struttura	**R402031201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD PS CON OBI - P.O. OLIVETO
Codice struttura	R405012901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
2	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On
3	**Riduzione dei tempi di rilascio barella**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta riduzione della media dei minuti di sbarellamento dall'arrivo del 118	on/off	On
4	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
5	**Contenimento del tempo di permanenza in OBI entro le 24 ore**	Gestione organizzativa	15	n. casi con permanenza in OBI > 24 H / totale accessi in OBI x 100	a fasce	<= 5% = 100% tra 5% e 7% = 90% tra 7% e 10% = 80% > 10% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401011301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**REMO PALLADINO**
Matricola Responsabile	**2391**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GENNARO D'AGOSTINO FIORENZA
Matricola Responsabile	921
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	**a fasce**	**≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0**
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. VALLO
Codice struttura	R403011201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	RODIO GIOVANNI ANIELLO
Matricola Responsabile	13774
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	15	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%
2	Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	ON
7	Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI BATTIPAGLIA**
Codice struttura	**R402020601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ARDIA ELEONORA**
Matricola Responsabile	**17656**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE**
Codice struttura	**R401011401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**LUIGI MASINI**
Matricola Responsabile	**17767**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. PEDIATRIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407011201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**TEODORO STODUTO**
Matricola Responsabile	**14273**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. PEDIATRIA - P.O. DI SAPRI**
Codice struttura	**R404010701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**SALVATORE RONSINI**
Matricola Responsabile	**13808**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406010801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIANLUIGI PALAMONE
Matricola Responsabile	2386
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PEDIATRIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403011301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARIA ROSARIA LAROCCA
Matricola Responsabile	17653
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% erogazioni	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. PNEUMOLOGIA - P.O. DI POLLA**
Codice struttura	**R407011901**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**POLVERINO BENEDETTO MARIA**
Matricola Responsabile	**17012**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. PNEUMOLOGIA - P.O. DI SCAFATI**
Codice struttura	**R401030901**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GAETANO CICCHITTO**
Matricola Responsabile	**736**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. PNEUMOLOGIA - P.O. EBOLI**
Codice struttura	**R402011903**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CAPACCIO DAMIANO**
Matricola Responsabile	**5355**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	**a fasce**	**<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%**
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	**a fasce**	**≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	5	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI EBOLI
Codice struttura	R402012101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	FIORENTINO MONDILLO
Matricola Responsabile	6915
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI NOCERA INFERIORE
Codice struttura	R401012601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	BARRETTA MARIA LUISA
Matricola Responsabile	17826
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI OLIVETO CITRA
Codice struttura	R405011201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CATELLO ACCARDO
Matricola Responsabile	19
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI POLLA
Codice struttura	R407012301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CIOFFI ANNAMARIA
Matricola Responsabile	10847
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. RADIOLOGIA - P.O. DI SAPRI
Codice struttura	R404011501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	TERESA CANTALUPO
Matricola Responsabile	10498
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%**
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	**≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI SARNO
Codice struttura	R406011301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIOVAMBATTISTA MOSCA
Matricola Responsabile	2269
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	**≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0**
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	**Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%**
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	**≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. RADIOLOGIA - P.O. DI VALLO DELLA LUCANIA
Codice struttura	R403012701
Anno	2025
Direttore/Referente/Responsabile	GIACOMO FENZA
Matricola Responsabile	1431
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	25	% di incremento delle prestazioni ambulatoriali per esterni	**a fasce**	≥ 10% = 100%; ≥ 5 e < 10 = 80%; ≥ 3 e < 5 = 60%; < 3 = 0
2	**D01Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve)	**a fasce**	Valore >= 60% = 100% tra 57% e 59% = 80% tra 55% e 56% = 50% inferiore a 55% = 0%
3	**Riduzione dei tempi di attesa per esami di elezione per pazienti ricoverati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	25	Riduzione del tempo medio di attesa in rapporto all'anno precedente	**a fasce**	≥ 5% = 100%; ≥ 3 e < 5 = 80%; ≥ 2 e < 3 = 60%; < 2 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	>= 90% = 100% < 90% = 0

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE - P.O. DI AGROPOLI
Codice struttura	R403022601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	0	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
2	**D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0**
3	**D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individualii**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, frattue di femore	**a fasce**	**≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE - P.O. DI SCAFATI**
Codice struttura	**R401031801**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	0	Numero di erogazioni farmaci, presso le farmacie aziendali, prescritti a pazienti dimessi con indicazione del primo cliclo di terapia / Numero di pazienti dimessi con indicazione del primo ciclo di terapia	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
2	**D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	35	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0**
3	**D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individualii**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, frattue di femore	**a fasce**	**≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0**
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
6	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	**a fasce**	**≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC IGIENE E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMMALE**
Codice struttura	**R302040201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**CLAUDIO MUCCIOLO**
MatricolaResponsabile	**13115**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
2	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 60 - 63**
Codice struttura	**R302050501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GELSOMINA LAMBERTI**
Matricola Responsabile	**1906**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	**a fasce**	**Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0**
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	**a fasce**	**Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0**
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	**a fasce**	**Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. STRUTTURE SANITARIE
Codice struttura	R302050101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	LAMBERTI GELSOMINA
Matricola Responsabile	1906
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Verfica delle richieste sul rilascio di nuove autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/2001 per attività sanitarie e socio-sanitarie**	Gestione organizzativa	45	N° richieste riscontrate/N° richieste totali	**a fasce**	**Valore soglia ≥ 80% = 100%; tra 60% e 70% = 80%; tra 50% e 60% = 60%; < 50% = 0.**
2	**Coordinamento dei controlli sulle Residenze Sanitarie Assistenziali**	Gestione organizzativa	45	N° Strutture controllate/N° Strutture da controllare *100	**a fasce**	**Valore ≥ 60% = 100%; tra 50% e 60% = 80%; tra 40% e 50% = 60; < 40% = 0.**
3	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SANITÀ ANIMALE
Codice struttura	R302040101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GAETANO FERRARI
Matricola Responsabile	18702
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,2) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,1) + (% capi ovicaprini controllati per anagrafe3 x 0,1) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,2) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,2) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,2)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**on**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. RANDAGI E BENESSERE ANIMALI DA AFFEZIONE - OSPEDALE VETERINARIO**
Codice struttura	**R302050301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANGELO APOSTOLICO**
Matricola Responsabile	**161**
Totale Peso	**0**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**on**
2	**Attività di controllo sui canili pubblici e verifica delle condizioni di benessere, con evidenziazione dei volumi di attività di controllo**	Gestione organizzativa	40	Relazione sull'avvenuta attività di controllo sui canili pubblici e verifica delle condizioni di benessere, con evidenziazione dei volumi di attività di controllo effettuati e rispetto dei	**on/off**	**on**
3	**Attività di soccorso, sterilizzazione e microcippatura degli animali senza padrone, con evidenziazione dei volumi prestazionali**	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta attività di soccorso, sterilizzazione microcippatura degli animali senza padrone, con evidenziazione dei volumi prestazionali erogati e rispetto dei target	**on/off**	**on**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IGIENE PUBBLICA
Codice struttura	R302030301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ARCANGELO SAGGESE TOZZI
Matricola Responsabile	7542
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Indirizzo e coordinamento delle attiivtà si screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina / residenti eleggibili	a fasce	Valore ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% inferiore a 13% = 0%
2	**Indirizzo e coordinamento delle attiivtà si screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per mammella**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella / residenti eleggibili	a fasce	Valore ≥ 35% = 100% tra 28 e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% inferiore a 22% = 0%
3	**Indirizzo e coordinamento delle attiivtà si screening sulla proporzione di persone che ha effettuato test di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	5	Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per colon retto / residenti eleggibili	a fasce	Valore ≥ 25% = 100% tra 18% e 24% = 80% tra 13% e 17% = 50% inferiore a 13% = 0%
4	**Conferenze dei Servizi su pareri complessi**	Gestione organizzativa	75	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
5	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	on

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE
Codice struttura	R302050201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROSAMARIA ZAMPETTI
Matricola Responsabile	3403
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Sviluppo di processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorenti l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati**	Prevenzione	10	Accordi intersettoriali: (Protocolli di Intesa con Pubblici e Privati, Partenariati, Patrocini, Convenzioni con Scuole-PCTO)	**a fasce**	**Valore ≥ 10 = 100%; tra 8 e 9 = 80%; < 8 = 0**
2	**Interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder**	Prevenzione	10	Convegno "Scuole che Promuovono Salute e Comunità Attive" (PP01 – PP02) Presentazione del Catalogo Aziendale delle Attività di Educazione e Promozione della Salute e Divulgazione risultati anno precedente	**on/off**	**on**
3	**Interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder**	Prevenzione	10	Giornate di Sensibilizzazione e Informazione	**a fasce**	**Valore ≥ 15 = 100%; tra 13 e 14 = 80%; tra 11 e 12 = 80%; < 12 = 0**
4	**Formazione/Informazione di corretti stili di vita nella Comunità scolastica (Target: docenti, studenti, genitori)**	Prevenzione	20	% di Istituti Scolastici raggiunti	**a fasce**	**Valore ≥ 50% = 100%; tra 40% e 50% = 80%; < 40% = 0**
5	**Sviluppo di una idonea governance aziendale relativa alle attività di Educazione e Promozione della Salute per l'adozione di stili di vita sani**	Prevenzione	15	Redazione del Piano Aziendale annuale per l'EPS	**on/off**	**on**
6	**Sviluppo di una idonea governance aziendale relativa alle attività di Educazione e Promozione della Salute per l'adozione di stili di vita sani**	Prevenzione	15	Tavoli tecnici multidisciplinari	**a fasce**	**Valore ≥ 10 = 100%; tra 8 e 9 = 80%; < 8 = 0**
7	**Promozione di azioni a sostegno delle persone affette da demenza e loro caregivers**	Prevenzione	10	N. Distretti Sanitari coinvolti nel Programma "Fili d'Argento" per il miglioramento della qualità della vita della persona fragile, del caregiver e della famiglia	**a fasce**	**Valore ≥ 3 = 100%; tra 2 e 3 = 80%; < 2 = 0**
8	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**on**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. PREVENZIONE, IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO E DI MEDICINA DEL LAVORO**
Codice struttura	**R302030101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Prevenzione nei luoghi di lavoro Controlli sulle Unità locali**	Prevenzione	90	N° Unità locali controllate / N° unità locali totali da controllare	**a fasce**	**Valore ≥ 5% = 100%; tra 2,5% e 4,9% = 80%; < 2,5% = 0**
2	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 marzo	**on/off**	**on**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE
Codice struttura	R302030401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANNA LUISA CAIAZZO
Matricola Responsabile	477
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**INFORMATIZZAZIONE E CODIFICA SCHEDE ISTAT DI MORTE**	Flussi Informativi / Monitoraggi	50	Numero schede informatizzate e codificate dell'anno di riferimento / numero schede ISTAT residenti ASL Salerno pervenuta dai Comuni nell'anno di riferimento	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
2	**Sistemi di Sorveglianza PASSI**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	Numero di interviste svolte / n. interviste nell'anno di riferifento	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	N° di inchieste epidemiologiche/ N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 marzo	on/off	on

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. VETERINARIA - DS 60 - 63**
Codice struttura	**R302050601**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNI BRUNO**
Matricola Responsabile	**427**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

Modificata 17/04/2025

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 71 - 72
Codice struttura	R302050606
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GAETANO FERRARI
Matricola Responsabile	18702
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 69 - 70
Codice struttura	R302050605
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIANFRANCO MASIELLO
Matricola Responsabile	6786
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. VETERINARIA - DS 66 - 67 - 68
Codice struttura	R302050604
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GERARDO BISOGNO
Matricola Responsabile	5218
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	+ (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. VETERINARIA - DS 64 - 65**
Codice struttura	**R302050603**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**LUIGI MORENA**
Matricola Responsabile	**6943**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
	P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
3	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. VETERINARIA - DS 61 - 62**
Codice struttura	**R302050602**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANNA METELLO**
Matricola Responsabile	**2192**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe1 x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 x 0,05) + (% capi controllati per anagrafe3 x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe4 x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe5 x 0,1) + (% allevamente apistici controllate per anagrafe6 x 0,1)	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui contaminanti, di farmaci, di additivi negli alimenti di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,7) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,3)+ (% esecuzione del PNAA7 x 0,2) + (% controlli farmacosorveglianza veterinaria8 x 0,3	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**P12B- espletamento delle richieste di giornate di macellazione, espletamento degli audit programmati negli stabilimenti di competenza veterinaria, espletamento dei piani di campionamento chimico/microbiologico degli alimenti di origine animale programmati, espletamento delle allerte alimentari di origine animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = giornate di attività di macellazioni (solo per U.O. con stabilimentidi macellazione) + audit negli stabilimenti + piani campionamento chimico/microbiologico alimenti di Origine animale + Allerte alimenti Origine animale	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; tra 70 e 79 = 60%; < 70 = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 69 - 70
Codice struttura	R302050505
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ALFREDO AGRESTA
Matricola Responsabile	10020
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 64 - 65
Codice struttura	R302050503
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANNAMARIA NOBILE
Matricola Responsabile	7034
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 61 - 62
Codice struttura	R302050502
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO BELLO
Matricola Responsabile	321
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE**
Codice struttura	**R302040308**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**LAURITO ANIELLO**
Matricola Responsabile	**12468**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P10Z - Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	= (% esecuzione del PNAA7 x 0,5) + (% controlli farmacovigilanza veterinaria x 0,5)	**a fasce**	**Valore ≥ 80% = 100%; tra 70 e 79 = 80%; < 70 = 0**
2	**P12Z - Livello di coperturadi base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci negli alimenti di origine animale.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	45	% di copertura del PNR	**a fasce**	**Valore ≥ 90% = 100%; tra 80 e 89 = 80%; < 80 = 0**
3	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)
Codice struttura	R302020201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	IDA MARIA GUIDA
Matricola Responsabile	6437
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	90	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	**a fasce**	**Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0**
2	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**SI**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. FLUSSI ED EPIDEMIOLOGIA VETERINARIA**
Codice struttura	**R302050401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ALFONSO CITARELLA**
Matricola Responsabile	**760**
Totale Peso	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	90	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica degli indicatori NSG	**on/off**	**ON**
2	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	**on/off**	**ON**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 66 - 67 - 68
Codice struttura	R302050504
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	TEODORICO FRANZESE
Matricola Responsabile	6227
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	ON

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. PREVENZIONE COLLETTIVA - DS 71 - 72
Codice struttura	R302050506
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROSA D'ALVANO
Matricola Responsabile	11114
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Conferenze dei Servizi su pareri**	Gestione organizzativa	30	N° pareri rilasciati / N° pareri richiesti	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
2	**Realizzazione delle inchieste epidemiologiche per le malattie notificate**	Flussi Informativi / Monitoraggi	30	N° di inchieste epidemiologiche / N° malattie notificate	a fasce	Valore ≥ 100% = 100%; < 100 = 0
3	**P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine non animale**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) +(% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari3 x 0,2) (ambito non Animale)	a fasce	Valore ≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; < 70 = 0
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	on/off	SI

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**DIPARTIMENTO DEL GOVERNO CLINICO**
Codice struttura	**R201010101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIO MARIA PAGANO**
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	**7071**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee**	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuto coordinamento delle attività e delle risorse affinché ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee	**on/off**	**On**
2	**Partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi**	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta partecipazione alla negoziazione di budget delle UU.OO. afferenti tenuto conto dei rispettivi modelli organizzativi	**on/off**	**On**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOSD ANALISI E MONITORAGGIO ATTIVITA' SANITARIE PDTA E LEA
Codice struttura	R201021201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	SARA MARINO
Matricola Responsabile	14837
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Monitoraggio indicatori NSG (LEA)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	Relazione sull'avvenuta produzione di report periodici a supporto delle attività di direzione sanitaria	on/off	On
2	**Analisi periodiche dei fabbisogni di personale a supporto delle procedure di reclutamento**	Gestione organizzativa	20	Relazione sulle avvenute analisi periodiche dei fabbisogni di personale a supporto delle procedure di reclutamento	on/off	On
3	**Monitoraggio tagli cesarei**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	30	Produzione di report ad hoc finalizzato al raggiungimento degli obiettivi NSG H17C e H18C	on/off	On
4	**Monitoraggio fratture femore**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Produzione di Report ad hoc finalizzato al raggiungimento degli obiettivi NSG H13 C	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. COORDINAMENTO CURE PRIMARIE
Codice struttura	R201020701
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	GIUSEPPE FERRANTINO
Matricola responsabile	6143
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Predisposizioni delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali**	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuta predisposizione delle graduatorie annuali per l'affidamento degli incarichi ai MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	on/off	On
2	**Espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali**	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuto espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi di Specialistica ambulatoriale sulla base delle richieste pervenute da parte delle Macroarticolazioni aziendali	on/off	On
3	**Verifica dei requisiti per la concessione dei benefici di cui alla legge 104/92 agli specialisti ambulatoriali ed eventuale adozione delle relative determine dirigenziali**	Gestione organizzativa	25	Relazione sull'avvenuta verifica dei requisiti per la concessione dei benefici di cui alla legge 104/92 agli specialisti ambulatoriali e adozione delle relative determine dirigenziali	on/off	On
4	**Proposte di adozione dei provvedimenti deliberativi per la gestione del rapporto convenzionale con MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali**	Gestione organizzativa	25	Relazione sulle avvenute proposte di adozione dei provvedimenti deliberativi per la gestione del rapporto convenzionale con MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO**
Codice struttura	**R201020201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIO COPPOLA**
Matricola Responsabile	**16372**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con riferimento ai LEA socio-sanitari)**	Gestione organizzativa	40	Relazione sull'avvenuta programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione	**on/off**	**On**
3	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	40	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Data di trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC CUP, ALPI E LISTE D'ATTESA
Codice struttura	R201021301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CARMINE MANGINO
Matricola Responsabile	2063
Peso Totale	0

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Miglioramento della governance dell'attività ALPI		10	Relazione sull'avvenuta definizione ed invio ai macrocentri e uffici periferici ALPI di indicazioni e orientamenti per il miglioramento della governance dell'attività ALPI	ON / OFF (crescita)	On
2	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi		10	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica degli indicatori NSG	ON / OFF (crescita)	On
3	Redazione ed Approvazione del Nuovo Regolamento Aziendale ALPI		10	Relazione sull'avvenuta adozione Piano ALPI 2025	ON / OFF (crescita)	On
4	Incremento del numero di agende CUP gestite centralmente dal Call Center		10	Iincremento delle agende CUP gestite centralmente dal Call Center rispetto al 2024	"> 5% = 100% >2% e <= 5% = 80% >1% e <= 2% = 50% 0% e <= 1% = 0% "	On
5	Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.		10	Data di trasmissione degli atti di valutazione Entro il 31 marzo	ON / OFF (crescita)	On
6	Elaborazione dei dati per la contabilità separata ALPI		10	Relazione sull'avvenuta elaborazione dei dati per contabilità separata ALPI	ON / OFF (crescita)	On
7	Implementazione di Test di Coustomer Satisfaction		10	Relazione sull'avvenuta definizione e somministrazione di test di Customer Satisfaction	ON / OFF (crescita)	On
8	Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).		10	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0	
9	Utilizzo di Nuove Tecnologie Informatiche per l'apertura di Nuovi canali di accesso alle attività di Prenotazione		10	Relazione sull'avvenuta apertura di nuovi canali di accesso alle attività di prenotazione	ON / OFF (crescita)	On
10	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		10	Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica –	> =60% = 100% > = 57% e < 60% = 80% >= 55% e <57% =	

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC RISK MANAGEMENT - SICUREZZA DEI PAZIENTI E RISCHIO CLINICO**
Codice struttura	**R201020401**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANNA BELLISSIMO**
Matricola Responsabile	**5196**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Elaborazione PARM 2024 (Piano Annuale Risk Management)**	Risk Management	20	Adozione con delibera del DG entro il primo semestre dell'anno	**on/off**	**On**
2	**Attività del CIO aziendale e dei CIO Presidiali**	Risk Management	30	N° di riunioni complessive del CIO Aziendale e dei CIO presidiali	**a fasce**	**>= 18 = 100% tra 15 e 17 = 80% tra 12 e 14 = 60% < 12 = 0%**
3	**Fotografia del rischio con azioni di miglioramento relativo alle criticità emerse**	Risk Management	30	Relazione sulle avvenute azioni di miglioramento alle criticità emerse dalla fotografia del rischio	**on/off**	**On**
4	**Aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali**	Risk Management	20	Adozione con delibera delle procedure aziendali relative all'aggiornamento delle raccomandazioni ministeriali	**on/off**	**On**

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. CURE DOMICILIARI
Codice struttura	R201021601
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	BRUNO ATORINO
Matricola Responsabile	197
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D22Za - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 2,60 = 100% tra 2,30 e 2,59 = 80% tra 1,80 e 2,29 = 50% <1,80 = 0%
2	**D22Zb - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,90 = 100% tra 1,60 e 1,89 = 80% tra 1,40 e 1,59 = 50% < 1,40 = 0%
3	**D22Zc - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 / Popolazione residente rapportato 1.000 abitanti	**a fasce**	≥ 1,50 = 100% tra 1,20 e 1,49 = 80% tra 1,00 e 1,29 = 50% < 1,00 = 0%
4	**D30Z (riferimento)- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
5	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. TUTELA DELLA SALUTE ADULTI E MINORI DI AREA PENALE
Codice struttura	R201021801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ANTONIO MARIA PAGANO
Matricola responsabile	7071
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Alimentazione del sistema informativo regionale SMOP (monitoraggio superamento OPG e servizi sanità penitenziaria)**	Flussi Informativi / Monitoraggi	20	percentuale della popolazione detenuta inserita in SMOP	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; ≤ 80% = 0
2	**Presa in carico dei minori area penale con progetto integrato**	Gestione organizzativa	20	Percentuale dei minori presi in carico con progetto integrato (Neuropsichiatria infantile-SER.D.- Piano di zona) / rispetto alle richieste dell'Autorità Giudiz.	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 80% e 90% = 80%; ≤ 80% = 0
3	**Presa in carico autori di reato con problemi psichici**	Salute Mentale	6	Percentuale dei ricoverati in Rems	a fasce	<= 10% = 100%; tra 10% e 15% = 80%; tra 15% e 20% = 60%; > 20% = 0
4	**Presa in carico autori di reato con problemi psichici**	Salute Mentale	6	Percentuale di trasformazione delle misure detentive in non detentive	a fasce	≥ 30% = 100%; tra 20% e 30% = 80%; < 20% = 0
5	**Presa in carico autori di reato con problemi psichici**	Salute Mentale	8	Percentuale di trasformazione delle misure non detentive a libertà	a fasce	≥ 30% = 100%; tra 20% e 30% = 80%; < 20% = 0
6	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione dell'HCV**	Prevenzione	10	Percentuale dei detenuti sottoposti a screening HCV	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 70% e 80% = 80%; ≤ 70% = 0
7	**Potenziamento dei programmi di screening per la prevenzione dell'HCV**	Prevenzione	10	Organizzare almeno n.1 interveno formativo per ciascuno dei n.3 istituti penitenziari	on/off	On
8	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. ASSISTENZA ACCREDITATA
Codice struttura	R201020801
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ERNESTA MELE
Matricola Responsabile	6844
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse per il personale dipendente Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2025-2027	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Monitoraggio dei tetti di spesa delle strutture private accreditate per singola macroarea assistenziale, in relazione ai vincoli contrattuali, ai tetti di spesa e alle prestazioni erogate**	Efficienza	50	Percentuale di strutture convenzionate monitorate	**a fasce**	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
3	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	On
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA
Codice struttura	R201022301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MADDALENA ARGENTINO
Matricola Responsabile	1690
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Verifiche volumi prestazionali rispetto a Capacità Operative Massime (COM)**	Gestione organizzativa	40	Verbali di verifica semestrale	**≥2 = 100% ≥1 =50% <1=0**	
2	**Incremento dell'adozione dell'amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico)**	Digitalizzazione	30	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE tramite piattaforma regionale SINFONIA "Sistema Teleconsulto"	**≥90 %= 100% tra 80% e 90% = 50% <50% =0**	
3	**Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1**	Gestione organizzativa	10	Totale pazienti CIA1/popolazione residente *100	**CIA1≥2,6=100%**	
4	**Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA2**	Gestione organizzativa	10	Totale pazienti CIA2/popolazione residente *100	**CIA2≥1,9=100%**	
5	**Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA3**	Gestione organizzativa	10	Totale pazienti CIA3/popolazione residente *100	**CIA3≥1,5=100%**	
			200			

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (NAO E NAD)
Codice struttura	R201022001
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ITALIA ODIERNA
Matricola Responsabile	2330
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	target
1	Conversione in televisita di una quota delle visite di controllo erogate nell'anno 2024 così come definito con nota Direzione Generale ASLSA-0144185-2025 e Regione Campania PG 20390/2025	Televisita	20	% delle visite di controllo anno 2024 convertite in televisite	a fasce	≥15% =100 ≥10% e <15% =80 ≥5% e <10%=60 <5%= 0
2	Incremento delle visite effettuate rispetto alle richieste pervenute	Efficienza	20	N. visite effettuate/ N. richieste di visite pervenute	Volume crescente	70%
3	Incremento della percentuale di visite NAO rispetto a quelle richieste attraverso Order Entry (ottimizzazione del percorso ospedaliero)	Efficienza	20	VISITE NAO/RICHIESTE O.E.	Volume crescente	70%
4	Incremento della percentuale di visite NAO rispetto a quelle richieste attraverso le agende CUP (ottimizzazione del percorso domiciliare)	Efficienza	25	VISITE NAD/RICHIESTE TRAMITE CUP	Volume crescente	80%

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. CURE PALLIATIVE AREA NORD E HOSPICE SALERNO - PAGANI**
Codice struttura	**R201022101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIUSY ACERRA**
Matricola Responsabile	**5010**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
2	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	25	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	25	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**on**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. CURE PALLIATIVE AREA SUD E HOSPICE EBOLI - POLLA - SANT'ARSENIO**
Codice struttura	**R201022201**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ANTONIO MIGNONE**
Matricola Responsabile	**6877**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	25	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice / numero deceduti per causa di tumore	**a fasce**	≥ 35% = 100% tra 28% e 34% = 80% tra 22% e 27% = 50% < 22% = 0%
2	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	25	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	**on/off**	**ON**
3	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	25	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	**a fasce**	**>= 90% = 100% < 90% = 0**
5	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	25	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**on**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA ANNO 2026

Nome Struttura	UOSD ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA
Codice struttura	R201022301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Proporzione di eventi cerebrovascolari e fratture di femore assunti in trattamento riabilitativo precoce	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	10	Percentuale di pazienti ricoverati presi in carico entro 10 gg. nel percorso di riabilitazione da ictus o IMA o frattura di femore	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; tra 60 e 40 = 60%; < 40 = 0
2	D01C - D02C - H13C (Riferimento) - Profilazione dei Progetti Riabilitativi Individualii	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	N. dei PRI redatti in rapporto al numero dei ricoveri con diagnosi di ictus, IMA, frattue di femore	a fasce	≥ 70% = 100%; tra 70 e 60 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
4	Verifiche volumi prestazionali rispetto a Capacità Operative Massime (C.O.M.)	OBIETTIVI TEMATICI - DG	30	Verbali di verifica semestrale	a fasce	>=2 100% >= 1 50% < 1 = 0
5	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA1	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Totale pazienti CIA1/popolazione residente*1000	a fasce	CIA1>=2,6=100%
6	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA2	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	Totale pazienti CIA2/popolazione residente*1000	a fasce	CIA2>=1,9=100%
7	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura CIA3	OBIETTIVI TEMATICI - DG	5	totale pazienti CIA3/popolazione residente*1000	a fasce	CIA3>=1,5=100%

data 28/01/2026 FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. MEDICINA VALUTATIVA, LEGALE E ASSICURATIVA**
Codice struttura	**R201020101**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**ADAMO MAIESE**
Matricola Responsabile	**12659**
Peso Totale	**70**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Rispetto dei tempi di attesa per il rilazcio delle certificazioni medico-legali (30 gg.)**	Gestione organizzativa	30	N. di certificazioni entro i tempi / totale richieste	**a fasce**	**≥ 80% = 100%; tra 80 e 60 = 80%; < 60 = 0**
3	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	20	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. MONITORAGGIO E CONTROLLO SDO**
Codice struttura	**R201021501**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**VINCENZO D'ANIELLO**
Matricola Responsabile	**5770**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2024-2026	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Controllo SDO Case di Cura Accreditate e Presidi Ospedalieri**	Gestione organizzativa	50	N. controlli superiore all'anno precedente	**on/off**	**On**
3	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	30	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. REGISTRO TUMORI
Codice struttura	R201022401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ROSSELLA CAVALLO
Matricola Responsabile	3601
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	Monitoraggio epidemiologico dei casi di tumore in tutto il territorio dell' asl Salerno	Decreto Presidenziale n.2 del 15.1.2025 - Individuazione del Centro di Riferimento Regionale del Registro Tumori della Regione Campania	40	Report di Incidenza oncologica	on/off	on
2	Acquisizione e consultazione flussi informativi (sdo,anatomia patologica,mortalità generale, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, anagrafe sanitaria, cartelle cliniche, esenzione per patologia oncologica)	Decreto Presidenziale n.2 del 15.1.2025 - Individuazione del Centro di Riferimento Regionale del Registro Tumori della Regione Campania	40	Relazione sull'avvenuta acquisizione, consultazione e archiviazione a supporto dei flussi acquisiti.	on/off	on
3	Espetamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni	PIAO 2024/2026	20	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31/3	on/off	on

data 09.07.2025 FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. LOGISTICA E APPROVVIGIONAMENTO
Codice struttura	R202020401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARINELLA BORTONE
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	10321
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Coordinamento delle attività rivolte alla verifica della razionale definizione dei fabbisogni dei beni sanitari da parte delle strutture aziendali interne**	Gestione organizzativa	40	Realzione sull'avvenuto coordinamento delle attività rivolte alla verifica della razionale definizione dei fabbisogni dei beni sanitari da parte delle strutture aziendali interne	on/off	On
2	**Attività rivolte alla stesura dei capitolati tecnici per l'uniformità dell'approvvigionamento dei beni sanitari nelle strutture aziendali**	Gestione organizzativa	30	Relazione sulle avvenute attività rivolte alla stesura dei capitolati tecnici per l'uniformitò dell'approvvigionamento dei beni sanitari nelle strutture aziendali	on/off	On
3	**Aggiornamento e manutenzione dell'anagrafe aziendale dei dispositivi medici**	Gestione organizzativa	30	Relazione sull'avvenuto aggiornamento e manutenzione dell'anagrafe aziendale dei dispositivi medici	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. FARMACOVIGILANZA
Codice struttura	R202020301
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	CARMELA MARIA DE PAOLA
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	11287
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Promozione della sicurezza dei farmaci e vaccini, con monitoraggio delle reazioni avversee e monitoraggio del previsto incremento delle relative segnalazioni**	Flussi Informativi / Monitoraggi	50	Relazione sull'avvenuta promozione della sicurezza dei farmaci e vaccini, con monitoraggio delle reazioni avversee e monitoraggio del previsto incremento delle relative segnalazioni	on/off	On
2	**Promozione delle attività di Farmacovigilanza**	Gestione organizzativa	50	Relazione sull'avvenuta promozione delle attività di Farmacovigilanza	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC GOVERNANCE DEL FARMACO
Codice struttura	R202020101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MARIAROSARIA CILLO
Matricola Direttore/Referente/Responsabile	10838
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Integrazione funzionale delle strutture farmaceutiche ospedaliere e distrettuali della ASL per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari, attraverso elaborazione di procedure ed istruzioni operative**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta integrazione funzionale delle strutture farmaceutiche ospedaliere e distrettuali della ASL per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari, attraverso elaborazione di procedure ed istruzioni operative	on/off	On
2	**Realizzazione di analisi trimestrali di farmacoutilizzazione e farmacoepidemiologia per il monitoraggio dell'attuazione dei decreti regionali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione di analisi di farmacoutilizzazione e farmacoepidemiologia per il monitoraggio dell'attuazione dei decreti regionali inerenti la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera	on/off	On
3	**Realizzazione di analisi e monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata ed interna, con relativa elaborazione di reportistica aziendale e regionale**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta realizzazione di analisi e monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata ed interna, con relativa elaborazione di reportistica aziendale e regionale	on/off	On
4	**Promozione della vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi di farmaci per uso umano compresa la raggiera del Servizio DPC, sulle UU.OO. e Servizi ospedalieri e distrettuali**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta promozione della vigilanza sulle farmacie convenzionate, sui depositi di farmaci per uso umano compresa la raggiera del Servizio DPC, sulle UU.OO. e Servizi ospedalieri e distrettuali	on/off	On
5	**Attività di formazione e informazione ai farmacisti e ai medici specialisti e convenzionati sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici**	Gestione organizzativa	20	Relazione sull'avvenuta attività di formazione e informazione ai farmacisti e ai medici specialisti e convenzionati sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici	on/off	On

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. PROGRAMMAZIONE, BUDGET. CONTROLLO DI GESTIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
Codice struttura	R101030401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ETTORE FERULLO
Matricola Responsabile	1515
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Elaborazione della contabilità analitica a supporto del monitoraggio dell'Attività intramoenia per la determinazione dei costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale in ambito di libera professione.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Rendiconto Contabile Analitico dell'Attività Intramoenia a consuntivo di esercizio	on/off	On
2	**Attuazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione di cui al DCA n. 67/2019, con manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione sull'avvenuta manutenzione e allineamento del sistema informativo integrato per il controllo direzionale e la reportistica aziendale alla metodologia regionale di cui al DCA67/2019	on/off	On
3	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
5	**Implementazione dell'applicativo informatico di gestione del ciclo di performance con sviluppo delle fasi di assegnazione e consunivazione degli obiettivi organizzativi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Avvio della piattaforma	on/off	On
6	**Supporto alla Direzione Strategica per il monitoraggio degli indicatori NSG**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Report con cadenza almeno trimestrale	on/off	On
7	**Aggiornamento e allineamento costante della Contabilità Analitica per il monitoraggio del budget economico**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Report trimestrale CO.AN. per macrocentro	on/off	On
8	**Programmazione e monitoraggio prestazioni aggiuntive (c.d. autoconvenzionamento)**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Adozione atti di programmazione quadrimestrale	on/off	On
9	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
10	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE – COORDINAMENTO MEDICI COMPETENTI**
Codice struttura	**R101030701**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**MIRANDA LUIGI**
Matricola Responsabile	**2222**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi seondo le vigenti norme e gli indirizzi del datore di lavoro**	Prevenzione	50	Relazione sull'avvenuto aggiornamento del DVR	**on/off**	**On**
3	**Corsi formativi e informativi attinenti la sicurezza dei lavoratori**	Formazione	10	Relazione sull'avvenuta erogazione di almeno un corso di formazione sulla sicurezza	**on/off**	**On**
4	**Coordinamento dei medici competenti e protocolli di sorveglianza sanitaria**	Gestione organizzativa	20	Almeno 1 incontro semestrale di coordinamento con i Macrocentri ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria	**on/off**	**On**
5	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. SERVIZIO INFORMATIVO AZIENDALE E TRANSIZIONE DIGITALE
Codice struttura	R101030501
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VITO ANTONIO GIANNI
Matricola Responsabile	1702
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Avvio delle azioni programmate secondo le Linee Guida sugli Interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale N. 77 del 23/05/2022**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione sull'avanzamento dei lavori e delle acquisizioni progettate in ambito PNRR inerenti il networking e la migrazione verso PSN (cloud)	on/off	On
2	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
3	**Amministrazione digitale. Incremento delle aree di utilizzo dei sistemi operativi di gestione digitalizzata**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione sul grado di avanzamento dei sistemi	on/off	On
4	**Amministrazione digitale per l'utenza. Incremento dei sistemi on line di servizio ai cittadini**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione attestante l'incremento del numero dei servizi on line rispetto all' anno 2024	on/off	On
5	**Amministrazione digitale per l'utenza (Fascicolo Sanitario Elettronico). Supporto alla digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	% di operatori sanitari addetti abilitati alla firma digitale rispetto al totale degli operatori sanitari addetti	a fasce	≥ 90% = 100% tra 80% e 90% = 80% < 80% = 0%
6	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
7	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	a fasce	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.S.D. SERVIZIO ISPETTIVO, NOC E INTERNAL AUDIT**
Codice struttura	**R101031001**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**GIUSEPPINA CIRANNA**
Matricola Responsabile	**5566**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Attuazione dei controlli nelle aree di attività segnalate dalla Commissione regionale, dalla Direzione Strategica, nonché su iniziativa diretta come da regolamento del Servizio approvato con delibera n. 188 del 5/03/2019**	Gestione organizzativa	70	Percentuale dei controlli effettuati sul totale dei controlli richiesti	**a fasce**	≥ 80% = 100%; tra 60 e 80 = 80%; tra 40 e 60 = 60%; < 40 = 0
3	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	20	Trasmissione degli atti di valutazuione entro il 31 Mazro	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**U.O.C. SVILUPPO STRATEGICO, INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E COMUNICAZIONE**	
Codice struttura	**R101030801**	
Anno	**2026**	
Direttore/Referente/Responsabile	**GIOVANNI ANGIONE**	
Matricola Responsabile		**10096**
Peso Totale	**100**	

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Garanzia delle attività giuridico amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	25	Relazione sull'avvenuta garanzia delle attività giuridico amministrative a supporto della Direzione Strategica e degli Organi ed Organismi aziendali	**on/off**	**On**
2	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
3	**Monitoraggio e diffusione dell'informazione riguardante l'A.S.L. Salerno : rassegne stampa cartacee, radiofoniche, televisive, canali social e analisi dei lanci delle agenzie di stampa**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione sull'avvenuto monitoraggio e diffusione dell'informazione riguardante l'A.S.L. Salerno : rassegne stampa cartacee, radiofoniche, televisive, canali social e analisi dei lanci delle agenzie di stampa	**on/off**	**On**
4	**Aggiornamento annuale del Piano di Comunicazione e del Piano di Identità visiva**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione sull'avvenuta predisposizione dell'aggiornamento annuale del Piano di Comunicazione e del Piano di Identità visiva	**on/off**	**On**
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	**on/off**	**On**
6	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.S.D. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)
Codice struttura	R101030901
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	VITTORIA COSENTINO
Matricola responsabile	16976
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	**Rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	35	Relazione sull'avvenuta rielaborazione delle indagini di customer satisfaction, con realizzazione di almeno n.1 indagini annuali e corretta interazione con gli stakeholder	on/off	On
3	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza: -revisione della mappatura dei propri processi -aggiornamento o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2022**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	25	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	25	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. AFFARI GENERALI E ISTITUZONALI
Codice struttura	R101030101
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	ELIANA AMBROSIO
Matricola Responsabile	5070
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Digitalizzazione dei documenti amministrativi**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione attestante la completa digitalizzazione delle proposte di delibera e delle determine dirigenziali mediante l'avvio del protocollo aziendale informatizzato.	on/off	On
2	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
3	**Approvazione e supporto normativo per la stipula delle convenzioni con enti pubblici e privati**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On
4	**Gestione deigli atti e delle attività attribuite dalla Direzione nell'ambito del PNRR**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On
5	**PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA Rispetto sistematico delle azioni previste e necessarie per garantire la conformità, nella specificità della struttura diretta, alle norme in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), entro il 30 novembre 2025, di una dettagliata relazione sulle attività svolte	on/off	On
6	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
7	**Gestione dei rapporti con il DPO e le attività connesse al GDPR**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Relazione con riferimento all'obiettivo specifico con cadenza semestrale	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	U.O.C. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
Codice struttura	R101030201
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	MILENA COSCIONI
Matricola Responsabile	5661
Peso Totale	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	15	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	a fasce	0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%
2	**Aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari**	Formazione	20	Relazione sull'avvenuto aggiornamento del Piano aziendale di formazione e accreditamento ECM dei corsi destinati ai profili sanitari	on/off	On
3	**Promozione della formazione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente mediante utilizzo di strumenti innovativi per la maggiore efficacia dell'apprendimento (piattaforme di e-learning) e la garanzia dei livelli formativi previsti dalla circolare Zangrillo**	Formazione	20	Relazione sull'avvnuta promozione della formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente mediante utilizzo di strumenti innovativi per la maggiore efficacia dell'apprendimento (piattaforme di e-learning) e la garanzia dei livelli formativi previsti dalla circolare Zangrillo	on/off	On
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Gestione organizzativa	5	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Marzo	on/off	On
5	**Attuazione del programma formativo previsto dal PNRR - M6 C2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche - professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Sub - misura: corso di formazione manageriale"**	Formazione	20	Relazione sull'avvenuta attuazione del Corso di formazione manageriale previsto dal PNRR - M6 C2.2 (c) ""Sviluppo delle competenze tecniche - professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	on/off	On
6	**Attuazione del programma formativo previsto dal PNRR M6C2 2.2 (b): "Sviluppo delle competenze tecniche – professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione sulle Infezioni ospedaliere", con conseguimento entro il 30/06/2025 del target**	Formazione	20	Relazione sull'avvenuta attuazione del Corso di formazione sulle infezioni ospedaliere con conseguimento entro il 30/06/2025 del target pari al 52% (n. 2.133 discenti) relativamente al totale dei discenti dell'ASL Salerno, stabilito	on/off	On

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	**UOC INGEGNERIA CLINICA E HTA**
Codice struttura	**R101030301**
Anno	**2026**
Direttore/Referente/Responsabile	**FRANCESCA PERRINA**
Matricola Responsabile	**9383**
Peso Totale	**100**

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**Governo delle risorse. Rispetto del budget economico assegnato**	Piano Integrato Attività e Organizzazione 2026-2028	10	Percentuale di sforamento del budget economico assegnato	**a fasce**	**0% = 100; tra 0% e 10% = 80% tra 10% e 20% = 50% > 20% = 0%**
2	**Realizzazione del Piano Investimenti 2023-2025 per le acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali**	Acquisizioni di apparecchiature sanitarie biomedicali	70	Grado di realizzazione del piano investimenti: relazione	**a fasce**	**>= 70% = 100% tra 50% e 70% = 80% tra 40% e 50% = 60% < 40% = 0**
3	**Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi**	Obiettivi Specifici DGRC 322/2022 c. 3c - Flussi Informativi	10	Monitoraggio dei Flussi di competenza e relativa tempistica	**on/off**	**On**
4	**Espletamento delle procedure di valutazione del personale entro i tempi richiesti dai regolamenti interni.**	Valutazione performance individuale	10	Trasmissione degli atti di valutazione entro il 31 Mazrzo	**on/off**	**On**

data _____ FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

ASL SALERNO
Via Nizza 146 - 84124 SALERNO
SCHEDA DI ASSEGNAZIONE OBIETTIVI DELL'UNITÀ OPERATIVA

Nome Struttura	UOC CHIRURGIA VASCOLARE - P.O. DI NOCERA
Codice struttura	R401010401
Anno	2026
Direttore/Referente/Responsabile	
Matricola Responsabile	
Totale Peso	100

	Obiettivo	Obiettivo strategico di riferimento / Area	Peso	indicatore	regola di calcolo	valore obiettivo
1	**H04Z - Mantenimento del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.**	Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia	20	n. DRG ari / n. DRG non ari	a fasce	<= 0,18 = 100% > 0,18 e <= 0,22 = 80% > 0,22 = 0%
2	**Primo ciclo di terapia. Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	15	% erogazioni	a fasce	≥ 80% = 100%; tra 80 e 70 = 80%; tra 60 e 50 = 60%; < 50 = 0
3	**Rispetto delle percentuali di ricoveri garantiti entro i tempi previsti per la classe di priorità A (≤ 30gg).**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	15	N. ricoveri garantiti entro i tempi / N. totale ricoveri della classe A 30 gg	a fasce	≥ 90% = 100%; tra 90 e 80 = 80%; tra 80 e 70 = 60%; < 70 = 0
4	**Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali dei pazienti trattati**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	20	% dei documenti prodotti firmati digitalmente e inviati a FSE	a fasce	>= 90% = 100% < 90% = 0
5	**Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici**	OBIETTIVI TEMATICI - DG	10	Numero di dimessi con DRG medici / Numero di dimessi	a fasce	≤ 25% = 100%; tra 25% e 28% = 80% tra 28% e 30% = 60%; > 30%= 0
6	**Adesione al training per il corretto lavaggio delle mani nei reparti ad alto rischio ICA**	Risk Management	10	Utilizzo del dispositivo di training per il corretto lavaggio delle mani (Handinscan)	on/off	On
7	**Alimentazione flussi informativi SDO - Compilazione e validazione sulla piattaforma di acquisizione dei flussi SDO delle Schede di Dimissione Ospedaliera entro 20 giorni dalla dimissione**	OBIETTIVI SPECIFICI - DG	10	Numero SDO validate entro 20 gg. / N. SDO totali	a fasce	≥ 95% = 100%; tra 95 e 90 = 80%; tra 90 e 85 = 60%; < 85 = 0

data FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____