



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

Deliberazione del Direttore Generale N. 880 del 29/09/2023

Proponente: Il Direttore DIREZIONE GENERALE

Oggetto: Adozione Atto Aziendale con Adeguamento al DCA n. 103 del 18/12/2018 e alla DGRC n. 378 del 23/07/2020 – Aggiornamento ed Integrazione Deliberazione n. 490 del 16/06/2022

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 29/09/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

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

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annechiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI



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

Oggetto: Adozione Atto Aziendale con Adeguamento al DCA n. 103 del 18/12/2018 e alla DGRC n. 378 del 23/07/2020 – Aggiornamento ed Integrazione Deliberazione n. 490 del 16/06/2022

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

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

Premesso che

- con deliberazione n. 150 del 27/09/2017 e s.m.i. questa Azienda provvedeva ad adottare l'Atto Aziendale, in conformità alle linee guida di programmazione regionale e alle prescrizioni del DCA n. 33 del 17/05/2016;
- con deliberazione di giunta regionale n. 46 del 20/10/2017, pubblicata sul BURC n. 79 del 30/10/2017, l'Atto Aziendale veniva approvato dal competente organo regionale;
- con deliberazione n. 234 del 17/04/2018 l'Azienda adeguava l'atto aziendale, già approvato con DCA 46/2017, al nuovo piano regionale di programmazione della rete ospedaliera approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 12/02/2018;
- con deliberazione n. 490 del 16/06/2022 è stato adottato l'atto aziendale dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, allineando l'assetto organizzativo aziendale alla nuova programmazione della rete ospedaliera di cui al DCA n. 103/2018 e alla riorganizzazione/potenziamento dei posti letto di cui alla DGRC n. 378/2020;
- con nota prot. n. 18943 del 20/06/2022 la deliberazione n. 490/2022 veniva trasmessa alla regione alla competente struttura regionale per l'approvazione;
- il medesimo documento veniva ritrasmesso con nota prot. 1650 del 17/01/2023 in riscontro alla richiesta di cui al prot. n. 11364 del 10/01/2023 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR;

Considerato che

- con Deliberazione di Giunta Regione Campania n. 190 del 19/04/2023 è stato approvato il disciplinare tecnico recante "metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale degli Enti del SSR della Campania" in sostituzione di quello in vigore e approvato con DGRC 593/2020;
- la nuova metodologia comporta un fabbisogno standard per questa Azienda, in rapporto alle specialità riconosciute e alle prestazioni sanitarie erogate, superiore rispetto a quello indicato nella proposizione di atto aziendale di cui alla Deliberazione n. 490/2022;

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 465 del 27/07/2023 sono stati assegnati al direttore generale e confermati dal successivo decreto presidenziale di nomina n. 80 del 31/07/2023, ulteriori obiettivi in funzione del cui raggiungimento occorre modificare l'organizzazione aziendale;
- nell'ultimo anno questa Azienda ha effettuato il reclutamento con successiva immissione in servizio di numerosi direttori di unità operative assistenziali che hanno suggerito un potenziamento dell'offerta assistenziale suggerendo linee di attività assistenziali altamente specialistiche;
- nel corso del 2023 l'Azienda ha intensificato le attività e le azioni per il potenziamento della rete oncologica campana promuovendo una maggiore interazione con le aziende ospedaliere, le aziende territoriali e le strutture private accreditate che sono entrate a far parte dei gruppi oncologici multidisciplinari. In tale ottica è opportuno intensificare anche la collaborazione con l'università per il contributo che la ricerca e gli studi clinici possono apportare alla implementazione di terapie innovative in azienda;
- nel rispetto degli atti di programmazione e indirizzo regionale evidenziati e nell'ottica del miglioramento e potenziamento dell'offerta assistenziale nel rispetto della programmazione regionale è doveroso procedere ad un aggiornamento ed integrazione dell'atto aziendale proposto con deliberazione n. 190/2022;

Dato Atto che

- la proposta di rimodulazione e dell'Atto Aziendale è stata preliminarmente condivisa nel collegio di direzione tenutosi in data 05/09/2023, come da verbale agli atti della direzione strategica, recependo le motivate migliorie rappresentate in sede di discussione, e successivamente illustrata negli incontri di verifica dei dati di attività avuti con i singoli dipartimenti.
- in data 15/09/2023 la proposta di adeguamento dell'Atto Aziendale è stata illustrata alle organizzazioni sindacali della dirigenza e dell'area comparto;
- in data 21/09/2023, come preannunciato nell'incontro del 15/09, l'informativa è stata trasmessa ufficialmente alle OO.SS. della dirigenza e del comparto, con invito a far pervenire entro il 27/09/2023 eventuali suggerimenti che l'Azienda avrebbe valutato ed eventualmente accolto;
- con comunicazione prot. n. 27423 del 20/09/2023 copia dell'Atto Aziendale è stata trasmessa al Sindaco di Caserta, ai fini della formale informativa di cui, tra l'altro, al punto 11.1 del DCA 18/2013, invitando a far pervenire eventuali considerazioni in merito entro il 27/09;

Preso Atto che

- entro il termine indicato hanno fatto pervenire osservazioni solo le OO. SS. della dirigenza sanitaria ANAAO-CIMO-AAROI / EMAC-CGIL Medici con e-mail del 27/09/2023 acquisita al prot. n. 28197 del 28/09/2023 a cui l'Azienda ha riscontrato fornendo chiarimenti in pari data con prot. n. 28299;
- nessun riscontro è pervenuto da parte delle altre organizzazioni sindacali;
- nessuna obiezione è pervenuta da parte del sindaco di Caserta;

Visto

- il D. Lsg n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.;
- il D.M. n. 70 del 02/04/2015;
- il DCA n. 18 del 18/02/2013;
- il DCA n. 103 del 28/12/2018;

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



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

- la DGRC n. 378 del 23/07/2020;
- la DGRC n. 546 del 25/10/2022;
- la DGRC n. 190 del 19/04/2023.

Ritenuto, pertanto,

- di procedere all'aggiornamento ed integrazione dell'Atto Aziendale dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, adottato con deliberazione n. 490 del 16/06/2022, come allegato alla presente che costituisce parte integrante e sostanziale;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art. 6, punto 1, lett. e) del regolamento aziendale) e sotto riportati:

Il Direttore Sanitario	Dr.ssa Angela Annechiarico	Favorevole
Il Direttore Amministrativo	Avv. Amalia Carrara	Favorevole

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di:

Adottare l'Atto Aziendale dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, aggiornando ed integrando il documento adottato con deliberazione n. 490 del 16/06/2022, come allegato alla presente che costituisce parte integrante e sostanziale;

Trasmettere copia completa della presente, a cura della UOC Affari generali, al Presidente della Giunta Regionale della Campania - Ufficio di Gabinetto, alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento SSR per la successiva approvazione, al Collegio Sindacale e al Sindaco della città di Caserta;

Dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile per la sua importanza strategica.

IL DIRETTORE GENERALE
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

fonte: <http://burc.regione.campania.it>



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

Direttore Generale: Gaetano Gubitosa

ATTO AZIENDALE

(ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis, D. lgs n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i.)
(aggiornamento al D.C.A. n.103 del 28/12/2018 ed al D.G.R.C. n.378 del 23/07/2020)



- Settembre 2023 -



INDICE

PREMESSA	7
LEGISLAZIONE E PRINCIPALI NORMATIVE DI RIFERIMENTO	8
1. L'ATTO AZIENDALE	11
1.1 Principi generali	11
1.2 Contenuti	11
1.3 Regolamenti	13
2. L'AORN Sant'Anna e San Sebastiano	14
2.1 Costituzione, sede legale, logo, sito web.....	14
2.2 Il Patrimonio.....	15
2.3 La Mission, la Visione Strategica e i valori fondanti	16
2.4 Riferimenti demografici ed epidemiologici	17
2.5 Il Piano regionale e l'offerta sanitaria dell'Azienda.....	18
3 Assetto Istituzionale: Organi, Organismi e Comitati.....	22
3.1 Gli Organi dell'Azienda	22
3.1.1 Il Direttore Generale.....	22
3.1.2 Il Collegio Sindacale	24
3.1.3 Il Collegio di Direzione.....	24
3.2 Organismi e Comitati	25
3.2.1 Il Consiglio dei Sanitari.....	25
3.2.2 Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)	26
3.2.3 Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.).....	27
3.2.4 Il Comitato Etico - Comitato etico Campania 3	27
3.2.5 Il Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.)	28
4 Il Governo aziendale: principi generali.....	30
4.1 Governo Clinico - Sicurezza delle cure - Risk Management - Controllo di Qualità.....	30
4.2 Clima e benessere organizzativo	30
4.3 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini	31
4.4 La comunicazione	31
4.4.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)	33
4.4.2 L'Ufficio Stampa e Relazioni con i Media	33
4.4.3 Carta dei Servizi	34
4.4.4 Rapporti con Associazionismo e Volontariato	34
4.5 Trasparenza e Integrità e Prevenzione della Corruzione.....	35
4.6 Relazioni Sindacali.....	36

4.7	Rapporti con le altre aziende sanitarie, Enti ed Istituzioni.....	37
5	Il Governo aziendale: La programmazione e la Gestione	38
5.1	Il Sistema di Programmazione	38
5.1.1	La Pianificazione Strategica e Piano della Performance	39
5.1.2	La Direttiva del Direttore Generale.....	41
5.1.3	Il Budget.....	42
5.2	I Sistemi di Controllo	43
5.2.1	Il Controllo della regolarità amministrativo – contabile	43
5.2.2	Il controllo di gestione.....	44
5.2.3	Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico.....	45
5.3	La Programmazione e Gestione degli Acquisti.....	45
5.3.1	Programmazione e Gestione degli acquisiti di beni e servizi	45
5.3.2	Programmazione, Acquisizione e manutenzione delle Attrezzature	46
5.3.3	La Programmazione e gestione degli interventi in Edilizia Sanitaria	47
5.4	Le Procedure Amministrativo Contabili	48
5.4.1	Il Governo Economico-Finanziario.....	49
5.4.2	La Gestione delle Risorse Umane	50
5.4.3	Il Sistema Informativo Aziendale.....	51
5.4.4	La Gestione del Contenzioso.....	51
5.5	Gli Incarichi ed il Sistema di Valutazione del Personale	52
5.5.1	Gli Incarichi Dirigenziali Area Sanità.....	52
5.5.2	Incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale.	53
5.5.3	Incarichi ai Dirigenti dei ruoli Amministrativo, Tecnico e Professionale.....	53
5.5.4	Rotazione degli incarichi.....	53
5.5.5	Organismi di verifica e Criteri di valutazione del personale.....	54
5.6	Responsabilità gestionale dei dirigenti.....	57
5.7	Formazione continua	57
5.8	Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	58
6.	Assetto Organizzativo: Articolazione e Funzioni	59
6.1.	Organigramma Aziendale	59
6.2.	La Direzione Strategica.....	60
6.2.1	Attività e funzioni della Direzione Strategica	60
6.2.2	Lo Staff Direzionale	62
6.2.3	Le modalità di esercizio: la delega delle funzioni.....	65
6.3.	La Struttura Operativa aziendale e la sua articolazione: principi e criteri.....	66
6.4.	La Dotazione organica – DGRC n. 190 del 19.04.2023.....	69

6.5. Il Modello Dipartimentale	71
6.5.1. L'Organizzazione Dipartimentale	71
6.5.2. Criteri di Individuazione delle Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali	73
6.5.3. Il Direttore di Dipartimento.....	74
6.5.4. Il Comitato di Dipartimento	74
6.5.5. Reti Professionali	75
6.5.6. Aree interdipartimentali organizzativo – funzionali	75
6.5.7. Funzioni Interaziendali.....	76
6.6. I Dipartimenti Strutturali Aziendali	77
6.6.1. Dipartimento Cardiovascolare.....	77
6.6.2. Dipartimento Scienze Chirurgiche	78
6.6.3. Dipartimento Emergenza e Accettazione	79
6.6.4. Dipartimento Onco-Ematologico	80
6.6.5. Dipartimento della Donna e del Bambino	81
6.6.6. Dipartimento Scienze Mediche	82
6.6.7. Dipartimento Testa – Collo	83
6.6.8. Dipartimento Dei Servizi Sanitari	84
6.7. Organizzazione della direzione amministrativa	86
6.7.1. Funzionigramma delle unità operative complesse di supporto alla direzione amministrativa.....	87
6.8. Organizzazione della direzione sanitaria.....	93
6.8.1. Principi organizzativi e strutture della direzione sanitaria	93
6.8.2. Le Unità Operative di supporto alla Direzione Sanitaria	93
7. Norme Finali, Transitorie e di Rinvio	99
7.1 Adozione Atto Aziendale	99
7.2 Adeguamenti Normativi.....	99
7.3 Norme di Rinvio.....	99
Allegati	99



PREMESSA

L'Atto Aziendale rappresenta lo strumento giuridico mediante il quale sono definiti l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda e vengono delineati gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione Campania (articolo 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000 e ss.mm.ii.), ed in particolare per l'Azienda Ospedaliera in attuazione al Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 e s.m.i.

L'atto aziendale dell'**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale ed alta specialità "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta** vigente dal 2018, predisposto ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, è stato approvato dall'ente regione con Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 20.10.2017.

La strutturazione dell'atto aziendale è tesa ad enfatizzare il ruolo dell'autonomia gestionale dell'azienda, mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del "diritto privato" nella logica di delineare un perimetro di operatività che mantenga al centro la finalità sostanziale ed istituzionale tesa sempre e comunque al miglioramento dello stato di salute della popolazione, nel rispetto dei vincoli dell'equilibrio economico e della natura pubblicistica del servizio complessivamente reso ed inteso.

L'adozione dell'atto aziendale rappresenta l'emblema dei principi di autonomia ed autogoverno da parte del management aziendale, pur sempre nel rispetto e nella coerenza del documento con le specificità dell'ordinamento, con le relazioni e i concatenamenti normativi e funzionali con i soggetti istituzionalmente sovraordinati (Regione e Ministero della Salute). In questo modo vengono garantiti:

- un'organizzazione aziendale funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale;
- la concreta applicazione dei principi fondanti della pianificazione sanitaria;
- la parità di trattamento del personale;
- l'omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi assegnati;
- un rapporto istituzionale incentrato non più su una mera struttura gerarchica, ma sulla programmazione concertata.
- l'individuazione di precise responsabilità di funzionamento (standard di attività) e verifica trasparente dei risultati (audit interni ed esterni).

L' Atto Aziendale vigente, successivamente all'approvazione regionale di cui al citato DCA n. 46 del 20/10/2017, con deliberazione n. 134 del 17/04/2018 è stato uniformato al dispositivo del DCA n. 8 del 01/02/2018. Ciò nonostante, a seguito dell'approvazione del piano regionale di programmazione della rete ospedaliera così come ridisegnato dal DCA 103 del 28/12/2018 ai sensi del D.M. 70/2015 e della DGRC 378 del 23/07/2020 "Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020" che ha previsto l'incremento un incremento di posto letto ad alta intensità di cura a seguito della pandemia da Covid_19, emerge la necessità di un adeguamento ai predetti dispositivi.

Il ridisegnato modello con DCA 103/2018 di classificazione della rete ospedaliera in relazione al bacino di utenza e allo standard di discipline minime, l'articolazione delle reti cliniche tempo dipendenti con il particolare ruolo riconosciuto all'AORN in merito alla rete IMA, alla rete per l'ICTUS, alla rete TRAUMA, nell'ambito della quale l'azienda ospedaliera di Caserta è qualificata come centro traumi ad alta specializzazione per l'area Caserta-Benevento-Avellino, alla rete oncologica impone una rivisitazione dell'organizzazione funzione e operativa.

D'altra parte il potenziamento dei posti letto di terapia intensiva previsto dalla DGRC 378/2020, che per l'azienda Sant'Anna e San Sebastiano quantifica in 36 (cod. 49) di cui n. 24 derivanti dalla struttura modulare acquisita dalla Regione Campania per l'emergenza pandemica da Covid_19 e messa a disposizione in modo strutturale per questa Azienda e n. 12 posti letto di terapia intensiva per l'osservazione post-operatoria, e la riconversione dei posti letto di area medica in posti letto di semi-intensiva da identificare con il codice di disciplina appropriato rappresentano altra motivazione di modellare l'organizzazione funzionale e strutturale offrendo così prestazioni quantitativamente e qualitativamente rispondenti alla richiesta di salute.

Con deliberazione n. 490 del 16/06/2022 la direzione aziendale provvedeva ad adottare l'organizzazione aziendale nel rispetto delle predette considerazioni e a trasmetterlo in data 20/06/2022. Lo stesso documento veniva inoltrato nuovamente in data 17/01/2023 a seguito di specifica richiesta della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento dei SSR.

Nel corso del 2023 sono state completate le procedure di reclutamento e immissione in servizio dei Direttori delle Unità Operative Complesse sanitarie che con le loro competenze ed esperienze hanno inteso potenziare l'offerta sanitaria con individuazione e l'attuazione di innovativi percorsi e attività. In tale ottica, fermo restando la conferma della struttura organizzativa in termini di posti letto e unità operative, si necessita della sola variazione della denominazione di qualche unità operativa semplice proprio per meglio qualificare alcune tipologia o linee di attività. L'aggiornamento dell'atto aziendale si rende anche necessario per effetto delle nuove linee guida emanate dalla Regione Campania in materia di metodologia per la determinazione del fabbisogno del personale adottate con DGRC 190/2023 che l'Azienda ha provveduto tempestivamente a rendere operative adottando il nuovo piano del fabbisogno del personale per il triennio 2022 -2024 e relativo piano assunzione strutturato rispettando il nuovo budget di spesa di cui alla DGRC 546/2022.

LEGISLAZIONE E PRINCIPALI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

L'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta è definito con riferimento all'impianto normativo vigente, di cui si riportano, di seguito, i principali riferimenti:

- D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*, e s.m.i, da ultimo con D.L. 13.09.2012 n.158 convertito con modificazioni nella L. 8.11.2012 n. 18
- L.R. 11.01.1994, n. 2 e s.m.i. *"Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria"*
- L.R. 03.11.1994, n. 32 e s.m.i. *"Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale"*
- L. 07.06.2000, n. 150 *"Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"*
- D.Lgs. 30.03.2001, n. 165 e s.m.i. *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*
- D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 e s.m.i. *"... protezione dei dati personali"*
- DGRC n. 460/2007 *"Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale"*
- D.Lgs. 09.04.2008, n. 81 e s.m.i. *"... tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro"*
- L.R. 28.11.2008, n. 16 *"Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo"*
- D.Lgs. 27.10.2009, n. 150, in materia di produttività, efficienza e trasparenza delle PP.AA.
- D.Lgs. 04.03.2010 n. 28, e s.m.i., in materia di conciliazione controversie civili e commerciali

- DCA n. 49 del 27.09.2010 *"Riassetto della rete ospedaliera e territoriale"*, e s.m.i.
- DCA n. 55 del 30.09.2010 *"Completamento del riassetto della rete laboratoristica"*
- DCA n. 60 del 15.10.2010 *"Approvazione del protocollo di intesa tra la Regione Campania e la Seconda Università degli Studi di Napoli per disciplinare il rapporto tra Servizio Sanitario Regionale e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali"*
- D.Lgs. 30.12.2010 n. 235, *"Codice dell'amministrazione digitale"*
- Patto per la Salute 2010-2012
- DCA n. 22 del 22.03.2011 *"Piano Sanitario Regionale 2011-2013"*
- D.lgs 118 del 23 giugno 2011 *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi ... " e s.m.i.*
- DCA n. 38 del 27.05.2011 *"Riassetto della rete ospedaliera e Territoriale". Approvazione del Piano Attuativo dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta con prescrizione*
- DCA n. 53 del 09.05.2012 *"Approvazione Programmi operativi 2011- 2012- Adeguamento per l'anno 2012"*
- DCA n. 57 del 09.05.2012 *"Decreto commissariale n. 45 del 20 giugno 2010 "Programma operativo 2011- 2012 – Approvazione intervento 3.1 – Riqualificazione rete emergenza - urgenza"*
- D.L. 06.07.2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7.08.2012, n. 135, *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica ..."*
- DCA n. 18 del 18.2.2013 *"Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni"*
- D.Lgs. 14.03.2013, n.33, recante *"... diritto di accesso civico, obbligo di trasparenza, pubblicità e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*
- DCA n. 29 del 15.03.2013 *"Rete per l'infarto Miocardico Acuto - Approvazione protocollo clinico organizzativo"*
- DCA n. 34 del 24.04.2013 *"Decreto Commissariale n. 18/2013. Differimento termine e nomina gruppo di lavoro"*
- DCA n. 44 del 14.05.2013 *"Atto di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza per ictus cerebrale (Spoke Unit). Determinazioni"*
- DCA n. 97 del 11.08.2014 *"Decreti Commissariali n.49/2010 e n.18/2013. Completamento riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale. Atti Aziendali. AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta – Determinazioni"*
- D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*
- L.R. 23.12.2015, n. 20 *"Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale)"*
- D.Lgs. 18.04.2016, n. 50 *"... riordino della disciplina in materia di codice dei contratti pubblici"*
- DCA n. 33 del 17.05.2016 *"Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015"*
- D.Lgs. 25.05.2016, n. 97 *"... prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza"*
- DCA n. 47 del 10.06.2016 *"Protocollo d'intesa Regione Campania e AOU Seconda Università di Napoli. Determinazioni"*
- Decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (di seguito indicato sempre come DCA) n. 67 del 14.07.2016 *"Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania"*
- DCA n. 8 del 01.02.2018 *"Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento"*
- DCA n. 99 del 14/12/2018 avente ad oggetto: *"Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del S.S. Campano ex art. 2, comma 8, legge 23.12.2009 n. 191"*, come modificato ed integrato dal DCA n. 6 del 17.01.2020;

- DCA n. 103 del 28/12/2018 avente ad oggetto: "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018";
- DCA n. 101 del 06.12.2019 ad oggetto: "Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo";
- DCA n. 103 del 06.12.2019 ad oggetto: "Sistema Regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali";
- DCA n. 6 del 17.01.2020 ad oggetto: "Approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191". Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019";
- D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRG LA 2019/2021), come modificato dal DCA n. 23 del 24.01.2020 ad oggetto: "Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019";
 - D.G.R.C. n.378 del 23.07.2020 "*Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020*".
 - D.G.R.C. n.593 del 22.12.2020 "*Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR*".
 - D.G.R.C. n. 74 del 22.02.2022 "*Rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende Sanitarie della Campania a decorrere dal 2022*"
 - D.G.R.C. n. 546 del 25.10.2022 "*Integrazione e rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende Sanitarie della Campania a decorrere dal 2023*"
 - D.G.R.C. n. 190 del 19.04.2023 avente ad oggetto "*Metodologia di determinazione del fabbisogno di personale del SSR*".

1. L'ATTO AZIENDALE

1.1 Principi generali

L'Atto Aziendale definisce l'assetto organizzativo e i principi e le regole di funzionamento dell'Azienda, in grado di garantire i risultati attesi, in termini di salute, attraverso una flessibilità organizzativa e procedurale, tenendo, però, presente le dinamiche economiche connesse con le risorse assegnate e con le indicazioni regionali.

Esso si basa su un assetto organizzativo e su principi e regole di funzionamento, in grado di garantire, tra l'altro, il decentramento dei poteri gestionali, anche attraverso un organico sistema di deleghe, ai dirigenti preposti alle strutture organizzative, individuati come centro di responsabilità, e un accentramento dei poteri di programmazione e di indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in rapporto fiduciario.

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, l'identificazione di nuovi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute, la pianificazione e la gestione di iniziative di prevenzione tempestive, efficaci e sostenibili, il nuovo quadro epidemiologico, richiedono un significativo cambiamento delle politiche sanitarie, poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, i nuovi determinanti di salute – da ricercare nelle condizioni sociali, economiche, culturali e comportamentali della popolazione - non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che tengano conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali, ambientali e di genere della popolazione, delle disuguaglianze presenti nell'offerta sanitaria e che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità. Inoltre, il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente che l'obiettivo del sistema deve essere il raggiungimento di importanti "guadagni di salute".

Tutto ciò mentre, sempre più pressante, diventa la necessità di gestire in maniera condivisa, partecipata, efficace ed efficiente le risorse disponibili. Parimenti è necessario tenere nel dovuto conto che l'equilibrio economico-finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema e che il processo organizzativo da mettere in atto si inserisce in un quadro istituzionale che vede la Regione Campania impegnata a garantire la coerenza del rispetto delle indicazioni ministeriali con le linee di azione e le strategie previste nei programmi operativi regionali.

1.2 Contenuti

I contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del D.Lgs. n.502/92 e ss.mm.ii., e, in particolare, dalla previsione dell'art. 3, comma 1 bis che, testualmente, recita: *"In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica"*.

A tale disposizione di carattere generale, si aggiungono, poi, altre norme della legislazione nazionale e regionale emanate sull'argomento; in particolare, va menzionato il Decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n.18 del 18.02.2013 – *"Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania – Ulteriori integrazioni"*.

La Regione Campania ha adottato, con il DCA 99 del 14 dicembre 2018 e successivamente modificato ed integrato con DCA n. 6 del 17.01.2020, il documento "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione

del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale per il triennio 2019-2021, una volta uscita dal commissariamento, secondo le direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione che individuano, al tempo stesso, gli obiettivi che costantemente devono essere perseguiti:

- Mantenimento dell'equilibrio economico;
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso in Nuovo Sistema di Garanzia, già adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale);
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure;
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali;
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio;
- Arruolamento e formazione continua del personale;

Con il proprio Atto Aziendale, quindi, questa Azienda, in coerenza con quanto stabilito dalle normative sull'argomento, adotta un documento rappresentativo della complessità aziendale, modellato in funzione del fabbisogno indicato nel vigente Piano di riassetto della rete ospedaliera.

In particolare vengono definiti:

- la sede legale e il logo aziendale;
- la missione dell'Azienda (A.O.R.N.) nell'ambito dell'assistenza, in campo regionale e nazionale che deve avere il fine di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni Aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- gli investimenti che l'azienda con una gestione autonoma e responsabile deve perseguire nei settori di:
 - innovazione strutturale, organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
 - ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi come condizione di confronto intorno alle competenze distintive,
 - formazione del personale e sviluppo professionale
 - tutela della salute e sicurezza sul luogo di lavoro.
- la dotazione specialistica e di posti letto, secondo quanto previsto nella pianificazione attuativa del decreto commissariale;
- l'individuazione, tramite uno specifico allegato all'atto aziendale, dei Dipartimenti, delle Unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, come rideterminati a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e dal DCA n.18 del 18.2.2013.

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su presidi maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo.

Il nuovo modello organizzativo deve essere basato sull'integrazione funzionale delle strutture, capace di creare una rete di assistenza per la gestione globale del paziente. Altro elemento caratterizzante è l'integrazione, anche di più presidi, in un'unica realtà assistenziale che consenta di razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, una maggiore efficienza del sistema, una revisione dell'offerta di assistenza che ponga i bisogni al centro di una programmazione, sostanziale e funzionale, nell'interesse del cittadino e con lo scopo di garantire, all'interno della Regione, il soddisfacimento di ogni necessità.

In tale riorganizzazione, l'AORN si propone quale struttura di riferimento della sanità regionale e nazionale, secondo le specifiche aree d'intervento riconosciute nell'ambito del Piano Ospedaliero, frutto, peraltro, dell'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che hanno operato negli ospedali confluiti e della capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento, favorendo il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. Opera, peraltro, per realizzare tutte le condizioni che vedono singole realtà Aziendali integrate nella rete dell'emergenza- urgenza prevista da Piano Ospedaliero e per il potenziamento di quelle individuate quali Centri di Riferimento Regionale per particolari patologie, anche attraverso dipartimenti funzionali.

Per soddisfare tutte le priorità ed esigenze elencate, il presente documento individua funzionalmente la seguente articolazione:

- a) gli organi e gli organismi aziendali e la relativa disciplina per la composizione e le funzioni;
- b) le funzioni attribuite al vertice aziendale, le attribuzioni dei dirigenti, nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- c) le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- d) i sistemi di valutazione e controllo;
- e) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'azienda con le altre aziende sanitarie, nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- f) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- g) i rapporti con gli enti ed organismi esterni;
- h) le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/2010 e ss.mm.ii. che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali;

1.3 Regolamenti

Entro 90 giorni dall'approvazione dell'atto aziendale da parte degli organismi regionali competenti, ai fini di una sua corretta e completa applicazione, si procederà, ove necessario, all'aggiornamento o all'adozione di regolamenti interni nelle seguenti materie:

- modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento;
- modalità di affidamento, mutamento e revoca della direzione **delle** strutture e degli incarichi, le modalità di valutazione degli stessi e la graduazione delle funzioni in conformità ai CC.CC.NN.LL. vigenti;
- relazioni sindacali;
- modalità con cui l'Azienda appalta, o contratta direttamente, la fornitura di beni e servizi nel rispetto del Codice degli Appalti Pubblici approvato con D.Lgs. 18 aprile 2016, n.50 e s.m.i.;
- formazione e aggiornamento professionale;
- modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché collegamento con il sistema premiante;
- modalità di funzionamento dei dipartimenti;
- procedure di controllo interno;
- modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- sistemi di protezione e sicurezza dei dati;
- sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- amministrazione e contabilità;
- contabilità analitica
- attività libero professionale "intramoenia".

L'Azienda provvederà ad adottare eventuali ulteriori regolamenti per definire il funzionamento di altri organismi istituiti con il presente Atto e per l'organizzazione di altri settori di attività.

Tutti i regolamenti adottati saranno pubblicati sul sito web aziendale.

2. L'AORN Sant'Anna e San Sebastiano

L'Azienda è un Ente pubblico, senza scopo di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

Le scelte di ogni azienda sanitaria sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e con gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L'azione dell'Azienda si ispira ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed, in tal senso, rende visibili gli impegni e i risultati.

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute;
- la centralità della persona;
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

2.1 Costituzione, sede legale, logo, sito web

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, ai sensi del D.P.C.M. 23/04/1993, fu costituita con deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 con la denominazione di *Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta*. Successivamente, ha assunto la denominazione di *Azienda Ospedaliera "San Sebastiano"* (deliberazione n. 189 del 25/03/2002) e, quindi, quella attuale di *A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano"* (deliberazione n. 186 del 04/04/2006).

L'Azienda, in conformità a quanto disposto dall'art.3, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/92, e ss.mm. e ii., ha personalità giuridica pubblica, sviluppa la propria attività nel contesto ed entro i limiti imposti dalle vigenti normative comunitarie, nazionali e regionali, nell'ambito delle quali agisce con autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale.

L'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" ha sede legale in Caserta alla via Palasciano, 1

Il codice fiscale/partita IVA dell'Azienda ha n. 02201130610.

Il nuovo logo dell'Azienda, approvato con deliberazione del C.S. n.333/2019, è il seguente:



Il logo contiene la rappresentazione stilizzata della Reggia di Caserta, celeberrima opera di Luigi Vanvitelli, monumento simbolo di Caserta e della sua provincia, e sottolinea lo strettissimo ed inalienabile legame tra l'AORN Caserta e l'intero territorio di "Terra di lavoro" che essa, per naturale vocazione, è chiamata a servire.

Tale sinergia è, inoltre, sottolineata mediante l'utilizzo nel logo dei colori oro, blu e rosso presenti negli stemmi identificativi della città di Caserta.

Il sito web aziendale è indentificato dal seguente indirizzo: "<http://www.ospedale.caserta.it>". Attraverso il sito web l'Azienda garantisce:

- il libero accesso agli atti amministrativi dell'Azienda, ai sensi e con le modalità di cui alla L.241/1990 e s.m.i.;
- l'aderenza ai principi della trasparenza e della Carta dei Servizi, che sul portale stesso è pubblicata e costantemente aggiornata;
- l'aggiornamento continuo e l'interattività nella comunicazione con gli utenti;
- l'erogazione di servizi "on line";
- la promozione dell'immagine dell'Azienda.

2.2 Il Patrimonio

Il patrimonio aziendale è costituito da tutti i beni, mobili e immobili, di proprietà dell'Azienda, e da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D. Lgs. n.502/92, l'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile, non destinabile ad altro uso, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda svolge le proprie attività all'interno di un unico presidio composto strutturalmente diversi edifici, anche se non tutti ospitanti attività sanitaria per effetto di ristrutturazioni in corso o dichiarati non idonei da un punto di vista sismico e oggetto di lavori di edilizia sanitaria ad avviarsi, così come si evidenzia nella planimetria riportata di seguito, nella quale i singoli edifici sono distinti con le lettere da A ad O.

Il presidio ospedaliero durante la pandemia è stato potenziato dalla Regione Campania con un ulteriore struttura ospitante ventiquattro posti letto ad alta intensità di cura da destinare a terapia intensiva covid_19.

La struttura entra in via definitiva nel patrimonio dell'Azienda per decisione regionale.



2.3 La Mission, la Visione Strategica e i valori fondanti

L'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

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

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

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

L'Azienda attua una visione strategica incentrata sui seguenti obiettivi:

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

L'Azienda programma e svolge la propria attività, ispirandosi ai seguenti principi e valori fondanti:

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

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, in elezione e di pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital ed eroga, altresì, prestazioni ambulatoriali.

In esecuzione del D.C.A. n. 60 del 15/10/2010, che a suo tempo disciplinò i rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (oggi Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria e dei successivi accordi, l'Azienda Ospedaliera di Caserta prevede nella propria organizzazione una parte delle strutture "a direzione universitaria".

Infine, va evidenziato che la collaborazione tra l'A.O.R.N. di Caserta e l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" riveste un'importanza strategica, in quanto consente di garantire la migliore formazione delle nuove generazioni di medici e professionisti della sanità, oltre ad essere importante per le positive ricadute della ricerca universitaria sulla qualità dell'assistenza nella nostra regione, essendo questa A.O.R.N., come già detto, sede dei Corsi di Laurea in "Infermieristica", "Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia" ed "Ostetricia" della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

Grazie alla sinergia creata tra i due Enti, i giovani medici possono amplificare le opportunità di formazione e crescita professionale. Questa collaborazione è di sicuro la strada maestra per garantire un prezioso investimento sul futuro del Sistema Sanitario Regionale, sulla qualità delle cure e dei servizi ai cittadini, creando condizioni favorevoli al progresso della ricerca scientifica ed alla condivisione delle conoscenze tecniche.

La collaborazione garantisce obiettivi di qualità, efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza del servizio sanitario pubblico, attraverso una programmazione concertata degli obiettivi e delle risorse, in funzione delle attività assistenziali e delle attività didattiche e di ricerca.

Le attività di ricerca fanno sì che la diagnosi e le terapie siano allineate con le conoscenze, le tecniche e le tecnologie più avanzate a livello internazionale, rendendo l'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta uno dei presidi di eccellenza della Regione Campania e punto di riferimento per un gran numero di utenti, sicuri di trovare le migliori possibilità di cura e le competenze più avanzate.

Il ruolo dell'Università risulta, pertanto, fondamentale per consentire la formazione di professionalità altamente specializzate.

2.4 Riferimenti demografici ed epidemiologici

La popolazione che costituisce il bacino di utenza dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta conta circa 1.000.000 di cittadini, residenti nell'intera provincia di Caserta e nei territori limitrofi delle province di Napoli e Benevento.

Tale popolazione è collocata su un territorio che, secondo i dati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla scorta delle rilevazioni ambientali effettuate, fa registrare un'elevata mortalità per patologie neoplastiche e una maggiore prevalenza alla nascita di malformazioni congenite.

In quest'area geografica ben circoscritta, si è riscontrato un eccesso di mortalità, rispetto alla media regionale, per diversi tipi di tumore: tra gli uomini per tumori dello stomaco, del fegato, del polmone, della vescica, della laringe e per leucemie; nella popolazione femminile per tumori dello stomaco, del fegato e per linfomi non Hodgkin.

Assume, quindi, notevole importanza la cura delle malattie e dei disturbi del sistema cardiocircolatorio e, in particolare, quella delle malattie emorragiche intracraniche (DRG 014), le più incidenti per frequenza, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.

Rispetto a tale domanda complessa, il pattern d'eccellenza è rappresentato dalle prestazioni di cardiocirurgia, di cardiologia interventistica e delle discipline neurologiche di area medica e chirurgica.

Tra le maggiori richieste, poi, si registrano ancora, oltre alla gravidanza, parto e puerperio, quelle per malattie e disturbi del periodo perinatale. Un'altra offerta significativa riguarda le malattie dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare, le malattie di orecchio-naso-gola e, negli ultimi tempi, quelle oncologiche, sia mediche che chirurgiche: certamente a causa dell'incremento di patologia, registrato complessivamente nel territorio di competenza.

2.5 Il Piano regionale e l'offerta sanitaria dell'Azienda

Con il DCA 99 del 14 dicembre 2018, successivamente modificato ed integrato con DCA n. 6 del 17.01.2020, la Regione Campania ha adottato, il documento "*Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*" che definisce un percorso volto a condurre alla gestione ordinaria la sanità regionale per il triennio 2019-2021, una volta uscita dal commissariamento, secondo le direttrici fondamentali di sviluppo e qualificazione che individuano, al tempo stesso, gli obiettivi che costantemente devono essere perseguiti:

- Mantenimento dell'equilibrio economico
- Miglioramento della qualità dell'assistenza (verificata attraverso adempimenti LEA, griglia LEA, Piano esiti e tutti gli indicatori di performance previsti a livello nazionale)
- Equità, omogeneità, garanzia dell'accesso alle cure
- Informatizzazione e costruzione delle reti assistenziali
- Ammodernamento tecnologico ed edilizio
- Arruolamento e formazione continua del personale.

A questi si aggiungono gli ulteriori obiettivi specifici e tematici assegnati al Direttore Generale con la delibera di nomina, la DGRC n. 465 del 27/07/2023, con particolare riferimento a:

- Garanzia dei Livelli essenziali di Assistenza monitorato attraverso il sottoinsieme dei 22 indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia;
- Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'ALPI;
- Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- Digitalizzazione e trasmissione del fascicolo Sanitario Elettronico

Gli indirizzi regionali, oltre a quanto stabilito dai suddetti DCA, unitamente al DCA 103 del 28.12.2018, sono stati integrati con la D.G.R.C. n. 378 del 23.07.2020 "*Adozione piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 304 del 16.06.2020*". Alla luce delle suddette norme, la dotazione di posti letto dell'azienda è la seguente:

AORN Sant'Anna e San Sebastiano		Programmazione dei pp.II. come da DCA 103/2018 e DGRC 378/2020	
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	P.L.	
		per UO	Totale per codice
07	Cardiochirurgia	18	18
08	Cardiologia		32
	Cardiologia con UTIC a direzione universitaria	32	
09	Chirurgia Generale		52
	Chirurgia Generale e laparoscopica	26	
	Chirurgia dell'Emergenza e del Trauma	18	
	Chirurgia a Ricovero Breve	4	
	Senologia	4	
10	Chirurgia Maxillo Facciale	8	8
11	Chirurgia Pediatrica	-	-
12	Chirurgia Plastica	5	5
13	Chirurgia Toraco Addominale ad indirizzo Oncologica	16	16
14	Chirurgia Vascolare	15	15
18	Ematologia	14	14
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.		4
	Endocrinologia e malattie dismetaboliche	4	
21	Geriatría	16	16
24	Malattie Infettive e Tropicali	18	18
26	Medicina Generale		24
	Medicina interna	24	
29	Nefrologia		12
	Nefrologia e dialisi	12	
30	Neurochirurgia	20	20
32	Neurologia		24
	Neurologia	16	
	Stroke unit	8	
34	Oculistica	8	8
35	Odontoiatria e Stomatologia	4	4
36	Ortopedia e Traumatologia	34	34
37	Ostetricia e Ginecologia		36
	Ostetricia e Ginecologia a direzione universitaria	36	
38	Otorinolaringoiatria	12	12
39	Pediatria	16	16
40	Psichiatria	18	18
43	Urologia	18	18
49	Terapia Intensiva		54
	Terapia intensiva delle patologie infettive	24	0
	Terapia intensiva cardiovascolare	12	
	Anestesia e rianimazione	18	
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia		12
	UTIC	12	
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza		20

AORN Sant'Anna e San Sebastiano		Programmazione dei pp.II. come da DCA 103/2018 e DGRC 378/2020	
	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e PS	20	
52	Dermatologia	5	5
58	Gastroenterologia		18
	Gastroenterologia	16	
	Fisiopatologia epatica -SATTE	2	
62	Neonatologia 1° e 2° livello		15
	Neonatologia	15	
64	Oncologia (con posti letto)		20
	Oncologia medica a Direzione Universitaria	20	
68	Pneumologia	18	18
71	Reumatologia	5	5
73	TIN e TNE	12	12
TOTALE			603
28	Unità spinale	10	10
56	Recupero e riabilitazione funzionale	22	22
60	Lungodegenti	-	-
75	Neuro-riabilitazione	10	10
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		42	42
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		645	645

L'Azienda persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e che sono stati assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico, assicurando il loro perseguimento e, nell'arco temporale definito, il loro conseguimento mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale e l'utilizzo in modo efficiente di tutte le risorse aziendali.

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

L'intero Piano 2019-2021 di cui al DCA 99/2018, come integrato e modificato dal DCA 6/2019, è costituito sul concetto del "Paziente al Centro del Sistema", paziente/cittadino che diventa il fattore chiave per migliorare l'intero sistema sanitario regionale. L'assistenza centrata sul paziente significa rispetto e attenzione ai suoi bisogni, ai suoi valori a garanzia delle decisioni cliniche prese in suo favore. Attraverso questo modello e programmando il sistema intorno al paziente, la Regione Campania mira a consolidare percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'interesse della salute del paziente, capaci di esprimersi nel tempo come miglioramento di *outcome* in termini di qualità di vita e sopravvivenza.

In tale ottica si articolerà l'offerta sanitaria dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano.

L'Azienda rappresenta il fulcro per la gestione dell'Emergenza della Provincia di Caserta ed eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, di elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital e Day Service; fornisce, altresì, prestazioni ambulatoriali e Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC).

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

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", anche in coerenza con quanto disposto dai DCA 46/2017 e DCA 8/2018, nonché dal DCA 103/2018 e dalla D.G.R.C. n.378 del 23.07.2020, nonostante il periodo pandemico, garantisce il ruolo riconosciuto in ambito regionale e le seguenti prestazioni:

- DEA di II livello: hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche Avellino a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod.28), sede di neuro riabilitazione (cod.75) e riabilitazione intensiva (cod.56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica".
- si qualifica come sede/centro di riferimento per i seguenti servizi:
 - del Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E) con estensione del servizio alle province di Benevento e Caserta;
 - del Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti;
 - di Bleeding Center; di riferimento provinciale per le valutazioni immunologiche; di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta;
 - Centro di riferimento provinciale per gli impianti cocleari;
- è sede dei Corsi di Laurea in " Scienze Infermieristiche", "Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia" ed "Ostetricia" dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" ed è stata individuata dal medesimo Ateneo per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti;
- è, altresì, parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", che dell'Università "Federico II" di Napoli.
- con la recente convenzione, approvata con deliberazione n.675 del 13.09.2021, sono stati rinnovati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano, e l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" che sanciscono la Direzione Universitaria per tre Unità Operative Complesse, con previsioni di una quarta se la programmazione e gli obiettivi strategici del SSR lo potessero ritenere opportuno.

Per effetto della stessa, attualmente, presso l'Azienda Ospedaliera di Caserta sono state confermate tre unità operative complesse a direzione universitaria:

- U.O.C. Cardiologia a Direzione Universitaria con UTIC;
- U.O.C. Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria;
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia a Direzione Universitaria.

L'elevata valenza strategica della Rete Oncologica Campana, i vantaggi che in tale ambito possono derivare da un'integrazione tra didattica e ricerca da un lato e assistenza sanitaria e gestione completa del paziente dall'altra portano a proporre una più stretta collaborazione con l'Università anche sotto l'aspetto oncologico. Di qui la proposta condivisa di una quarta struttura a direzione universitaria:

- U.O.C. Oncologia Medica a Direzione Universitaria.

- è sede ospitante di n. 18 posti letto di PSICHIATRIA che logisticamente, come confermato dal DCA n. 103/2018, esercita la propria attività negli ambienti dell'AORN, ma l'esercizio, le competenze, le responsabilità ed il personale da impiegare sono in capo all'Azienda Sanitaria Locale.

3 Assetto Istituzionale: Organi, Organismi e Comitati

3.1 Gli Organi dell'Azienda

Sono Organi dell'Azienda, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n.502/92 e ss.mm.ii.:

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione

3.1.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- è nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, su conforme Delibera della Giunta Regionale;
- è il Responsabile della gestione complessiva e nomina i Responsabili delle Strutture operative dell'Azienda;
- è legato all'Azienda da un rapporto di lavoro esclusivo, regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo III del libro V del Codice Civile;
- adotta l'Atto Aziendale di diritto privato, per la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'Azienda nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dall'art.3, comma 1-bis del D.Lgs. n.502/92.

L'autonomo e pieno esercizio, da parte del Direttore Generale, delle funzioni gestionali dell'Azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- al Sindaco, che partecipa alla programmazione aziendale anche in attuazione di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale (dall'art.3 comma XIV del D.Lgs. n.502/92);
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle Leggi e dei Regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale provvede, in particolare:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo e loro sostituti per i casi di assenza o impedimento;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina:
 - o dei Collegi tecnici;
 - o del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 D.Lgs. n.165/2001 e ss.mm.ii.;
 - o di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'Atto Aziendale;
- all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli Atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
- all'adozione degli Atti di organizzazione interna, dei Dipartimenti e dei Servizi centrali, nonché alla nomina e alla revoca dei Responsabili delle strutture operative dell'Azienda ed al conferimento degli incarichi professionali;
- all'adozione del Documento per la Valutazione dei Rischi (DVR) ed alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
- alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;

- alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati;
- ad indire, annualmente, ai sensi dell'art.14 del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii., la Conferenza dei Servizi, nella quale vengono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al raggiungimento degli standard e delle attività di tutela degli utenti;
- alla determinazione del fabbisogno del personale;
- all'adozione di tutti gli Atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni Dipartimento e di quella complessiva aziendale;
- all'adozione di tutti gli Atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
- all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei Dirigenti;
- all'adozione di tutti gli altri Atti indicati dalla legislazione regionale vigente;
- all'assolvimento di ogni altro compito previsto legislazione nazionale vigente;
- a rappresentare il vertice dell'organizzazione aziendale;
- ad esercitare tutti i poteri di gestione, programmazione ed indirizzo dell'Azienda, in conformità alle indicazioni di cui al Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.), ovvero al Piano Sanitario Regionale (P.S.R.);
- ha la rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Direttore Generale è

- "*Organo di governo*" (ai sensi del I comma dell'art. 3 del D.Lgs. n.29/93), in quanto "*definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite*";
- titolare di "*tutti i poteri di gestione*", in qualità di rappresentante legale dell'Azienda ai sensi del comma VI, art. 3, del D.Lgs. n.502/92 e ss.mm.ii.;

Il Direttore Generale, quindi:

- formula le linee direttive in ordine al livello dell'attività da erogare, coerentemente alle risorse assegnate ed agli indirizzi programmatici regionali;
- predispone propri strumenti per la valutazione quali-quantitativa delle prestazioni erogate dai servizi sanitari;
- svolge una costante azione di controllo sull'attività dei servizi attraverso verifiche mirate ad accertare il grado di corrispondenza fra risorse impiegate e risultati conseguiti, sia sotto il profilo della qualità che dei costi sostenuti.

In particolare, al Direttore Generale, in attuazione del principio della separazione dei poteri, compete l'esercizio delle funzioni di indirizzo "*politico-amministrative*" la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, l'adozione degli Atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni, la verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Sono, quindi, di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui:

- l'attuazione dei Contratti Collettivi di Lavoro del personale e l'adozione degli Atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli Atti di gara per lavori, forniture e servizi;
- la stipula dei Contratti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai Dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli, possono essere:

- funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;

- funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del Contratto di lavoro o con specifico Atto del Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano tra il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario; ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi - senza soluzione di continuità - si procede alla sua sostituzione.

3.1.2 Il Collegio Sindacale

Il Direttore Generale nomina, ai sensi dell'art 3 ter del D.Lgs. n.502/92 e ss.mm.ii., i Componenti del Collegio e li convoca, entro 5 (cinque) giorni dal provvedimento di nomina, per la prima seduta.

Il Presidente del Collegio viene eletto dai Componenti all'atto della prima seduta.

Il Collegio è composto da tre membri, di cui:

- uno designato dal Presidente della Giunta Regionale;
- uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze;
- uno dal Ministro della Salute.

I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel Registro dei Revisori Contabili istituito presso il Ministero della Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'Economia e Finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di Revisore dei Conti o di Componenti dei Collegi Sindacali.

Il Collegio Sindacale dura in carica 3 anni.

In caso di decadenza, dimissioni o decessi, il Direttore Generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle Amministrazioni competenti.

In caso di mancanza di due componenti, si dovrà procedere alla ricostruzione dell'intero Collegio.

Il Collegio Sindacale (*rif. D.Lgs. n .502/92 e ss.mm.ii. e L.R. n .20/2015 e ss.mm.ii.*):

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle Leggi;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente (almeno ogni trimestre) verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- collabora con la Direzione Strategica all'individuazione degli interventi in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione aziendale;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda ospedaliera al Sindaco dove è situata l'Azienda stessa (*rif. comma I lett. D), art. 3ter del D.Lgs. n .502/92 e ss.mm.ii.*);
- può procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Il Collegio Sindacale esercita, in generale, la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda e, su richiesta del Direttore Generale, si esprime nelle fasi di programmazione e di pianificazione ed esprimere pareri di legittimità amministrativa e contabile.

3.1.3 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, organo dell'azienda ai sensi dell'art. 17, comma 1, della L.R. 32/1994, come sostituito dall'art. 3, comma 1, della L.R. 23.12.2015, n.20, applicativo dell'art.17 del D.Lgs. 502/1992, come sostituito dall'art. 4, comma 1, lett. f), del D.L. 158/2012, convertito in L.189/2012, è costituito:

- ✓ dal Direttore Generale che ne individua la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti in Azienda, disciplinandone le competenze, i criteri di funzionamento e le relazioni con gli altri Organi aziendali;
- ✓ dal Direttore Sanitario Aziendale;
- ✓ dal Direttore Amministrativo;
- ✓ dai Direttori di Dipartimento;
- ✓ dal Direttore della Programmazione e Organizzazione dei Servizi Ospedalieri;
- ✓ Dal Direttore della Unità Operativa Risk Management;
- ✓ Dal responsabile del Servizio Prevenzione e protezione

Il Collegio di Direzione, in particolare:

- concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati;
- è consultato dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione sono dettate in uno specifico Regolamento le cui norme garantiscono il regolare e costante svolgimento delle attribuzioni del predetto organo aziendale, sia riguardo alle funzioni proprie che a quelle di consulenza del Direttore Generale per l'espressione di pareri obbligatori su tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche.

In relazione alle materie in trattazione, il Direttore Generale può estendere la partecipazione alle sedute del Collegio di Direzione, ai Direttori e Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative aziendali che, di volta in volta, potranno essere sentiti senza diritto di voto.

Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità, o rimborso spese.

3.2 Organismi e Comitati

Gli organismi, i comitati ed altri gruppi di lavoro di seguito descritti promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

Dalla costituzione dei succitati Comitati non derivano nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda, se non espressamente previsti dalla normativa di settore.

Si rimanda ai relativi Regolamenti di funzionamento, salvo quanto qui specificato.

3.2.1 Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari (di seguito anche Consiglio) costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un Organismo elettivo dell'Azienda Ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria; fornisce parere obbligatorio, ma non vincolante, al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti.

Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria; le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito Regolamento.

I pareri del Consiglio s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro il più breve termine indicato nella richiesta.

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n.8 dirigenti medici;
- n.3 dirigenti sanitari laureati non medici,
- n.2 unità del personale infermieristico,
- n.2 unità del personale tecnico sanitario,
- n.2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative di cui una ospedaliera.

Deve essere garantita, in ogni caso, la presenza dei Responsabili dei Dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del Consiglio, senza diritto di voto.

Le modalità ed i termini di elezione del Consiglio dei Sanitari, nonché le funzioni ad esso attribuite sono disciplinate con Regolamento adottato dal Direttore Generale nel rispetto dell'art. 25 della L.R. n .3 del 03.11.1994 e ss. mm .ii. da adottarsi in esecuzione e a seguito dell'approvazione del presente atto aziendale, come da indicazioni del DCA n. 18/2013.

3.2.2 Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'Azienda ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), in ottemperanza all'art.14 del D.L. gs. n.150/2009 ed alle altre norme nazionali e regionali in materia.

L'OIV sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al D.Lgs. del 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita, in piena autonomia, le attività previste dalla legge e dagli atti e regolamenti aziendali.

L'Organismo esercita le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato D.Lgs. n.286/1999, e riferisce, in proposito, direttamente al Direttore generale.

L'OIV è composto da tre esperti di comprovata professionalità, selezionati in base ai requisiti previsti dal D.Lgs. n.150/2009 e nominati dal Direttore generale.

L'Organismo di Valutazione svolge le funzioni previste dalle disposizioni di cui al D.Lgs. n .150/2009 e, in particolare, ha il compito di svolgere le seguenti specifiche attività:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché agli organismi competenti;
- valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- propone al Direttore Generale la valutazione annuale dei Dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
- in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione svolge i compiti di cui all'art. 1 della Legge 190/2012, così come modificata dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA), nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell' A.N.A.C..

Il sistema di valutazione e misurazione della performance è disciplinato con apposito Regolamento periodicamente aggiornato in base alle esigenze.

L'Organismo Indipendente di Valutazione si avvale, per l'espletamento delle summenzionate funzioni e attività, *in primis*, della Struttura Tecnica Permanente, nonché del supporto delle altre strutture organizzative aziendali.

3.2.3 Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.)

Il "*Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" (C.U.G.), costituito inizialmente dall'Azienda con deliberazione n. 719 del 28.11.2012, è stato rinnovato, da ultimo, con deliberazione n.498 del 22.06.2021, sostituendo ed unificando in un solo organismo le competenze dei precedenti Comitati per le pari opportunità e dei Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni di settore vigenti.

Il C.U.G. ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'azienda in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi.

Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica. Opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica dei lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.

Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda Ospedaliera:

- riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.;
- adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
- garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- può finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

L'Azienda adotta tutte le misure idonee a dare effettività alle normative vigenti in materia di pari opportunità e di contrasto alle discriminazioni e alla violenza morale o psichica.

Le modalità di funzionamento del suddetto Comitato sono esplicitate nel relativo Regolamento aziendale approvato con deliberazione n.393 del 13.05.2022.

3.2.4 Il Comitato Etico - Comitato etico Campania 3

Il Comitato Etico è un organismo consultivo senza intenti ideologici e confessionali ed esprime giudizi di valore nel campo etico che possano essere da supporto a scelte su questioni etiche di particolare problematicità.

L'organismo persegue le seguenti finalità:

- promozione della qualità dell'assistenza sanitaria con particolare riguardo al rapporto medico-paziente e paziente-Azienda Ospedaliera, nonché della informazione e della formazione degli Operatori Sanitari;
- questioni riguardanti l'assistenza al paziente in condizioni terminali;
- questioni riguardanti particolari problematiche della procreazione assistita, dell'interruzione della gravidanza, della manipolazione genetica, dell'assistenza al neonato malformato, del paziente geriatrico non autosufficiente, del portatore di handicap fisico e/o psichico, del tossicodipendente, del paziente affetto da AIDS o da infermità mentale e del paziente recluso;
- ricerca biomedica: sperimentazione clinica su paziente e consenso di quest'ultimo, secondo l'inderogabile principio dell'invulnerabilità della vita e dell'integrità psicofisica del soggetto in esperimento;
- obiezione di coscienza del Medico nei confronti di trattamenti sanitari che contrastino con il suo convincimento clinico o con i suoi principi morali;
- ogni altra problematica socio-sanitaria con riflessi etici significativi.

Il D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189, all'art. 12 commi 10 e 121 ha definito i criteri di costituzione della composizione dei Comitati Etici in ambito nazionale. Il Decreto 8 febbraio 2013 del Ministero della Salute "Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici" ha posto in capo alle regioni l'onere della scelta e della riorganizzazione dei comitati etici che insistono sul territorio di pertinenza.

La Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 224 del 27/04/2023 ha provveduto alla riorganizzazione dei comitati etici territoriali della regione Campania modificando la DGRC 597/2021 costituendo, tra l'altro, il "Comitato Etico Campania 3" con sede territoriale e scientifica presso l'AORN Cardarelli e competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica anche dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano.

Della costituzione del Comitato etico Campania 3, l'AORN di Caserta ne ha preso atto con deliberazione n. 624 del 06/07/2023 con cui si è provveduto anche alla costituzione dell'ufficio locale comitato etico.

3.2.5 Il Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.)

Con Deliberazione del C.S. n. 74 del 21.01.2020, come modificata con deliberazione del D.G. n. 699 del 14/09/2022 è stato costituito il vigente Comitato Valutazione Sinistri (di seguito anche CVS o Comitato) per lo svolgimento, fra l'altro, delle seguenti attività:

- acquisisce dalla U.O.C. Affari Legali la documentazione inerente la richiesta di risarcimento;
- analizza e valuta le richieste di risarcimento inoltrate all'Azienda fino alla loro definizione stragiudiziale, dando priorità alle istanze relative ad eventi dannosi non coperti da polizza assicurativa;
- analizza e valuta la relazione medico – legale del soggetto che si ritiene leso, unitamente alla documentazione eventualmente allegata dall'istante alla richiesta risarcimento danni;
- analizza, ove prodotta da colui che presenta l'istanza risarcitoria, la perizia medico/legale unitamente a tutta la ulteriore documentazione sanitaria prodotta;
 - effettua una stima iniziale in via presuntiva, sulla scorta della documentazione prodotta, dell'entità economica della richiesta risarcitoria;
 - individua gli interventi da porre in essere per la tempestiva definizione delle pratiche;
 - aggiorna, ove sopraggiungano elementi su cui fondare accoglimento totale/parziale della richiesta, l'entità economica del risarcimento;
 - acquisisce dal liquidatore della Compagnia Assicurativa che prende in carico il sinistro, tutti gli elementi relativi all'evoluzione della vertenza risarcitoria;
 - esprime parere alla Direzione Aziendale in merito all'opportunità di componimento in via stragiudiziale e/o conciliativa giudiziale della pratica. Il Comitato supporta le decisioni dell'Azienda nell'istruttoria dei procedimenti di mediazione obbligatoria in materia di responsabilità medica e

sanitaria ex D.Lgs. n .28/2010 e ss.mm. e ii. finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

Il CVS, inoltre, nell'ambito delle proprie competenza, individua e definisce:

- a. gli aspetti di criticità rilevati nell'esame delle pratiche;
- b. gli strumenti e le azioni – preventive e correttive – volte a mitigare il rischio dei cittadini che si affidano alle cure delle strutture aziendali ospedaliere e territoriali;
- c. le strategie, anche comunicative, per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda in riferimento alle richieste risarcitorie;
- d. elementi di miglioramento dei percorsi assistenziali rilevati in relazione alle richieste risarcitorie.

Con riferimento all'Istituto della mediazione, in particolare, sussiste l'obbligo dell'Azienda di partecipare alle attività di mediazione, pena l'iscrizione sul ruolo esattoriale di somme equivalenti al valore del contributo unificato dovuto per il giudizio.

L'Azienda partecipa a mezzo di un delegato del Rappresentante legale e un legale, al fine di evitare detta sanzione, agli incontri di mediazione, rappresentando la propria posizione rispetto alla fondatezza e congruità delle richieste di risarcimento.

Con deliberazione n. 115 del 18/02/2022 è stato, inoltre, istituito l'Ufficio Gestione Sinistri (UGS) con adozione del regolamento che ne disciplina l'operatività, mentre con deliberazione 630 del 06/07/2023 è stato approvato il protocollo operativo per la gestione medico-legale del contenzioso aziendale che presenta responsabilità degli esercenti la professione sanitaria.

4 Il Governo aziendale: principi generali

4.1 Governo Clinico - Sicurezza delle cure - Risk Management - Controllo di Qualità

Il governo clinico rappresenta la volontà di perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

Le politiche sanitarie Aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, hanno come presupposto l'assunto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga accettata come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.

In questo senso, la qualità cessa di essere considerata una dimensione separata, collaterale e parallela e, invece, diventa parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi Aziendali, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole Unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

In particolare, il monitoraggio di processi e di esiti, mediante un sistema di indicatori e lo sviluppo o l'adattamento e l'aggiornamento di procedure organizzative e di linee guida professionali, la verifica della loro applicazione, nonché l'insieme delle azioni finalizzate al controllo qualità rappresentano i determinanti di un efficace governo clinico.

Una particolare attenzione è stata posta alla gestione del rischio: la U.O.C. Risk Management.

Infatti, già da tempo opera attraverso l'implementazione di metodologie che, attraverso un approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione relazionale.

L'Azienda opera, altresì, nel rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute e, specificamente, verso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (S.I.M.E.S.).

4.2 Clima e benessere organizzativo

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, rappresenta un'azione strategica per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

Le condizioni emotive dell'ambiente di lavoro, l'esistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia e la sicurezza degli ambienti di lavoro costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda.

In tal senso, l'Azienda si impegna ad offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscano gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale. Ciò è necessario ed indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione;
- prevenire rischi psico-sociali.

4.3 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

L'AORN di Caserta pone in essere strategie ed azioni atte a sviluppare adeguati livelli di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini, nonché le opportune modalità per consentire l'attività, all'interno della propria struttura, delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni non aventi fini di lucro. A tal fine, sul sito istituzionale dell'azienda è individuata, ai sensi e con le modalità di cui all'art. 32 della legge 18 giugno 2009 n.18 e s.m.i., una specifica sezione ove vengono pubblicati, integralmente, gli atti amministrativi (delibere, determine, etc): il loro accesso è libero e garantito. A tal proposito, si veda il successivo paragrafo dedicato alla trasparenza ed integrità.

Ulteriori strumenti attraverso cui vengono garantite la partecipazione e la tutela dei cittadini sono la carta dei servizi, la conferenza dei servizi, l'audit civico, la trasparenza e la prevenzione della corruzione di cui si argomenta a seguire.

4.4 La comunicazione

La comunicazione istituzionale rappresenta uno dei terreni su cui si gioca la sfida del cambiamento. 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.

Ai sensi della legge 150/2000 ad oggetto "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", le attività di comunicazione e informazione sono rispettivamente curate e gestite nell'Azienda ospedaliera di Caserta dagli organismi individuati dalla stessa legge: l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e l'Ufficio Stampa e Relazioni con i Media.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, è necessario, quindi, adottare sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti ed idonei al risultato. In questa concezione la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. In tale ottica la comunicazione, interna, esterna e integrata, si caratterizza come dimensione trasversale alla realtà ospedaliera. Come tale, quindi, non si esaurisce nelle attività svolte dai due Uffici sopra citati, ma coinvolge tutte le articolazioni aziendali, contribuendo strategicamente al conseguimento degli obiettivi.

Nello specifico, con riferimento all'ambito istituzionale di questa Azienda, le attività di informazione e di comunicazione si prefiggono di:

- illustrare le attività svolte ed il loro funzionamento, garantendo un'informazione trasparente ed esauriente;
- favorire l'accesso ai servizi offerti, promuovendone la conoscenza mediante nuovi ed immediati sistemi di relazione con i cittadini;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure, oltre alla conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi;
- promuovere l'immagine dell'Azienda per dare conoscenza e visibilità alle azioni ed alle attività poste in essere.

La comunicazione, quindi, costituisce "parte integrante dell'azione aziendale" perché, così come indicato nella direttiva 7 febbraio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, cessa di essere un segmento aggiuntivo e residuale dell'azione della P.A., e ne diviene parte integrante "... così come accade da decenni alle imprese che agiscono nel mercato dei prodotti e dei servizi ...".

Lo strumento che riassume l'azione aziendale in materia è il "Piano della comunicazione" nel quale è programmato il complesso delle azioni, degli strumenti e delle iniziative da attivare, in modo armonico, coordinato e trasparente, per conferire alla comunicazione aziendale, sia interna che esterna, maggiore efficacia e per conseguire i risultati attesi.

Il "Piano della comunicazione", quindi, è concretamente correlato ai seguenti obiettivi strategici della programmazione e dell'organizzazione aziendale:

- sviluppo di una coerente strategia di comunicazione, effettuata in modo costante, coordinato ed integrato;
- sviluppo e gestione professionale e sistematica della comunicazione esterna, in particolare nei rapporti con gli organi di informazione;
- realizzazione di un sistema continuo di flussi/processi di comunicazione interna/esterna, sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, sia per un pieno coinvolgimento degli operatori nel cambiamento, stimolando, in tal senso, lo spirito di appartenenza all'Azienda.

In particolare, con riferimento all'articolazione fra comunicazione interna ed esterna, questa AORN persegue i seguenti obiettivi:

Comunicazione interna

- rispondere in modo coordinato ai bisogni informativi interni;
- diffondere la cultura dell'appartenenza e della condivisione degli obiettivi aziendali;
- assicurare le informazioni aziendali necessarie per il migliore svolgimento dei servizi;
- favorire i rapporti interpersonali fra la Direzione aziendale, la Dirigenza e gli operatori;
- assicurare le informazioni sugli obiettivi, le strategie e la "mission" dell'Azienda;
- stimolare comportamenti ed azioni finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi;
- partecipare in modo razionale ed informato ai processi di razionalizzazione dell'attività svolta, così incrementando l'efficacia e l'efficienza organizzativa;
- assicurare la chiarezza dei ruoli mediante la puntuale definizione e descrizione dei processi di comunicazione interna;
- favorire la circolazione delle informazioni sulle scelte aziendali, sull'organizzazione, sugli obiettivi della direzione, sulle problematiche gestionali di particolare rilevanza in corso di trattazione;
- consentire la conoscenza di iniziative e progetti di particolare rilevanza anche al fine di favorire l'attivazione di comportamenti emulativi delle eccellenze aziendali;
- determinare la circolazione di informazioni sui fatti che accadono in ambito sanitario mediante la diffusione di news a distribuzione capillare (Intranet);
- abolire progressivamente le comunicazioni cartacee a favore della comunicazione digitale.

Comunicazione esterna

- promuovere una corretta e diffusa informazione circa le modalità di utilizzo dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi dell'Azienda;
- orientare il cittadino ad avvalersi in modo corretto ed informato dei predetti servizi;
- assicurare un'informazione costante, aggiornata in tempo reale, circa le novità organizzative, normative e logistiche inerenti i servizi erogati;
- garantire al cittadino l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione previsti dalle norme di riferimento;
- ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dei servizi attraverso il miglioramento dell'appropriatezza del ricorso alle prestazioni sanitarie;
- assicurare la chiarezza dei ruoli attraverso la definizione e descrizione dei processi di comunicazione esterna;
- abolire progressivamente le comunicazioni cartacee a favore della comunicazione digitale.

4.4.1 Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si configura, in ambito aziendale, come attività incardinata nell'ambito della Direzione Sanitaria nell'Unità Operativa Complessa Organizzazione dei Servizi Sanitari.

L'Ufficio assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

L'Urp è infatti il "luogo di incontro" tra l'Ospedale e il cittadino e nasce per garantire il diritto dell'utente a: l'informazione, l'accoglienza, la tutela, la partecipazione. In quanto tale, l'Urp figura tra i principali protagonisti che, in Azienda, sostengono e supportano il processo di empowerment del cittadino.

Nel dettaglio, l'Urp:

- Accoglie e informa il cittadino sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso;
- Dialoga con il cittadino, ascolta i suoi bisogni, esigenze e problemi, accoglie i suoi suggerimenti e osservazioni;
- Cura l'istruttoria relativa alle segnalazioni del cittadino;
- Si attiva, in collaborazione con le Direzioni e le singole Unità operative dell'Ospedale, per il superamento degli eventuali disservizi segnalati;
- Rileva, attraverso i contatti con gli utenti, le loro segnalazioni, e, eventualmente, attraverso la somministrazione di questionari dedicati, il grado di soddisfazione del cittadino sull'assistenza offerta e propone l'adozione di iniziative finalizzate a migliorarla;
- Cura i rapporti con le Associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini;
- Cura, nell'ambito dei settori di pertinenza, i rapporti con gli altri Ospedali, Enti, Istituzioni.

4.4.2 L'Ufficio Stampa e Relazioni con i Media

L'Ufficio stampa e relazioni con i media, di cui si occupa un addetto individuato all'interno dell'Azienda con specifiche competenze opera in collaborazione direttamente con la direzione aziendale.

L'addetto stampa cura le relazioni con i media mediante recepimento e diffusione di informazioni, notizie, manifestazioni, eventi che riguardano l'Azienda ospedaliera:

- Gestisce i rapporti con gli organi di informazione: stampa, televisione, radio, new media;
- Redige comunicati riguardanti l'attività dell'Ospedale e del suo vertice istituzionale, relativi a iniziative ed eventi promossi e sostenuti dall'Ospedale stesso;
- Organizza conferenze e incontri stampa per l'approfondimento di argomenti di particolare rilievo che investono l'Ospedale.

L'area Redazione cura la redazione delle informazioni direttamente indirizzate ai cittadini sulle attività dell'Ospedale, i servizi garantiti, le prestazioni offerte, i canali di erogazione, le modalità di accesso.

Con questa attività la Redazione dell'Ufficio stampa è, con l'Ufficio relazioni con il pubblico, una delle articolazioni che nell'Azienda ospedaliera di Caserta contribuisce a garantire il diritto dell'utente all'informazione e, per questa via, alla partecipazione, partendo dalla considerazione che il cittadino può concretamente partecipare alla realtà dell'Ospedale soltanto se adeguatamente informato sulla stessa.

Nel dettaglio l'addetto stampa:

- Raccoglie, organizza, redige, aggiorna, veicola, in modalità multimediale e multicanale, incluso il sito internet aziendale, le informazioni utili;

- Redige la Carta dei Servizi dell'Azienda ospedaliera, confezionata in conformità alle indicazioni contenute nel D.P.C.M. del 19 maggio 1995. Ne aggiorna, all'occorrenza, i contenuti, di cui cura la pubblicazione sul sito internet aziendale e sui monitor installati nelle sale di attesa in Ospedale;
- Collabora alla definizione e gestione dei flussi di comunicazione interna all'Ospedale, per favorire un'ampia circolazione delle informazioni utili al cittadino.

4.4.3 Carta dei Servizi

La Carta dei servizi è un documento informativo nei confronti di tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga. Obiettivo è:

- l'imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
- la piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- la definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- l'organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
- l'ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

La Carta dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, confezionata in conformità alle indicazioni contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, è concepita come vademecum finalizzato pertanto a garantire il diritto del cittadino all'informazione e, per questa via, all'accoglienza, alla tutela, alla partecipazione.

Il documento è articolato in sezioni, ciascuna delle quali è graficamente contraddistinta da un colore e declinata nel dettaglio degli argomenti di pertinenza.

La prima sezione presenta l'Azienda Ospedaliera, illustrandone lo status e il ruolo nell'ambito del panorama sanitario della Campania, definendone la missione, la visione, i principi ispiratori, gli impegni, descrivendone il modello organizzativo e l'organigramma generale.

La seconda sezione, la più corposa, è incentrata sull'Ospedale, le Strutture, l'Assistenza, i Servizi, con l'indicazione delle relative modalità di accesso.

La terza sezione è dedicata agli Ambulatori, con la descrizione delle relative modalità di prenotazione e accesso.

La quarta sezione tratta l'argomento della Comunicazione, Tutela, Partecipazione, indica i soggetti preposti a curare la redazione e l'erogazione delle informazioni utili al cittadino, illustra i percorsi a disposizione dell'utente per segnalare eventuali disservizi e criticità e per partecipare con il proprio punto di vista al miglioramento della qualità dell'intera offerta aziendale,

La quinta sezione è riservata all'Area Didattica e Formativa con l'Università, la Formazione, le Frequenze e i Tirocini.

I contenuti della Carta dei Servizi sono redatti dall'Ufficio Stampa che li aggiorna all'occorrenza, per informare adeguatamente il cittadino sulle novità che progressivamente intervengono nell'Azienda ospedaliera di Caserta.

4.4.4 Rapporti con Associazionismo e Volontariato

L'Azienda determina i propri rapporti con l'Associazionismo ed il Volontariato ai sensi e nello spirito della L. 266/1991, riconoscendo il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, promuovendone lo sviluppo, salvaguardandone l'autonomia e favorendone l'apporto originale al conseguimento delle finalità dell'Azienda.

La stessa può stipulare, con gli Organismi del Volontariato, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità di collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza, comunque garantito al cittadino, e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori.

Requisito preliminare per la realizzazione delle diverse forme di collaborazione è l'iscrizione dell'Associazione all'Albo regionale, che costituisce il Registro generale delle Organizzazioni di Volontariato alle quali è riconosciuta la possibilità di avviare collaborazioni con gli Enti Regionali.

È fatta salva, comunque, la facoltà dell'Azienda di aderire o meno alle collaborazioni proposte, valutando la sostenibilità delle stesse in rapporto ai programmi di attività propri, eventualmente giudicati prioritari e/o prevalenti.

Presso l'Azienda è presente il Comitato Consultivo Misto, quale organismo per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 14, comma 2 del D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii.

4.5 Trasparenza e Integrità e Prevenzione della Corruzione

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

In quest'ottica un ruolo fondamentale è svolto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) che, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e le linee guida, fornisce indicazioni e indirizzi a cui gli enti pubblici devono attenersi nel predisporre la propria strategia di prevenzione, espressa nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT o Piano).

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

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

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

Il PTPCT è, dunque, il documento con cui ogni amministrazione o ente, secondo una logica incrementale di miglioramento progressivo, individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi che intende effettuare per prevenire tale rischio.

Con il D.Lgs. 14.03.2013, n. 33, e ss.mm.ii. sono stati disciplinati gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, in attuazione dell'art. 1, commi 35 e 36, della citata L. 190/2012, prevedendo, all'art. 10, che ogni amministrazione adotti un Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI). Tale Programma costituisce uno degli elementi fondamentali nella rinnovata visione legislativa del ruolo delle amministrazioni pubbliche, fortemente ancorata al concetto di "performance". Le misure del PTTI, ai sensi dell'art. 10, comma 2, del D.Lgs. 33/2013, sono collegate alle

misure e agli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione e detto Programma costituisce, di norma, una sezione del Piano di prevenzione della corruzione.

In applicazione della predetta normativa, questa Azienda ha individuato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione con deliberazione del Direttore Generale, ed ha adottato il piano triennale della Prevenzione della Corruzione.

L'Azienda, inoltre, nel rispetto degli articoli 97 e 117 della Costituzione, ed ai sensi dei Decreti Legislativi nn. 150/2009, 235/2010, 190/2012 e 33/2013 e ss.mm. e ii., persegue la trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione propria e dei propri dipendenti, garantendo la totale accessibilità alle informazioni che riguardano ogni aspetto dell'organizzazione, gli atti ed i provvedimenti adottati, gli indicatori relativi all'utilizzo delle risorse ed agli andamenti gestionali.

L'Azienda adotta il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità", in adesione alle linee guida emanate con delibera n. 105 del 15 ottobre 2010 dalla Commissione indipendente per la valutazione, l'integrità e la trasparenza e individua il Responsabile competente.

L'Azienda ha individuato un Dirigente Amministrativo incaricato quale RPCT che si avvale delle competenze, a seconda dei singoli argomenti, delle Unità Operative specifiche, per la strutturazione del piano ed in particolare della UOC Sistemi informativi Aziendali per il monitoraggio e lo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza ed accessibilità normativamente previste.

4.6 Relazioni Sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali è finalizzato a contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza dell'Azienda ad incrementare e mantenere elevata l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività e per offrire una risposta efficace alla domanda di salute dei cittadini.

Nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità dell'Azienda e dei soggetti sindacali, le relazioni sindacali, ai diversi livelli previsti dai vigenti CC.NN.LL. 2016/2018, si articolano nei seguenti modelli relazionali:

- a) partecipazione;
- b) contrattazione integrativa, anche di livello nazionale.

La partecipazione è finalizzata ad instaurare forme costruttive di dialogo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale delle amministrazioni, in materia di organizzazione o aventi riflessi sul rapporto di lavoro ovvero a garantire adeguati diritti di informazione sugli stessi; si articola, a sua volta, in:

- informazione;
- confronto;

Le modalità operative che regolamentano, a livello Aziendale, lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, la concertazione e la consultazione sono descritte in apposito documento che disciplina le competenze, le procedure ed i termini delle relazioni sindacali, nonché la informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti inerenti interventi sull'organizzazione del lavoro e su tutti gli atti che hanno riflesso sui rapporti di lavoro.

L'Azienda, previa proposta della UOC Gestione Risorse Umane, adotta il Regolamento delle relazioni sindacali in conformità di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali

Presso la UOC Gestione Risorse Umane è individuato, nell'ambito della sua articolazione, un referente, in mancanza sarà il direttore della unità Operativa, che cura i rapporti con le OO.SS.

La gestione di segreteria è garantita da personale individuato dall'azienda in sede di costituzione della delegazione trattante di parte pubblica, o mediante atto successivo.

4.7 Rapporti con le altre aziende sanitarie, Enti ed Istituzioni

L'Azienda Ospedaliera, oltre ad attuare una stretta collaborazione funzionale con le Aziende Sanitarie regionali, ricerca e sviluppa relazioni con tutte le altre aziende accreditate, Università ed istituzioni pubbliche e private che operano in ambito regionale ed extraregionale al fine di garantire, alle migliori condizioni, i migliori servizi per la popolazione.

In particolare stretta è la collaborazione ed integrazione con la Università della Campania "Luigi Vanvitelli" che, nel rispetto degli accordi in essere con la regione Campania, entra nel vivo della gestione aziendale con la Direzione, allo stato, di tre Unità Operative Complesse.

Al fine di promuovere e realizzare un sistema per la salute integrato a livello provinciale e regionale, l'Azienda ricerca ogni sinergia possibile con i servizi e le risorse del contesto sociale in cui agisce, nel rispetto delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale.

In particolare, la programmazione aziendale tende a realizzare la cooperazione tra tutti i soggetti interni ed esterni al servizio sanitario, a orientare l'attività in funzione degli effettivi bisogni della popolazione di riferimento e a favorire la partecipazione dei cittadini e degli operatori coinvolti.

5 Il Governo aziendale: La programmazione e la Gestione

5.1 Il Sistema di Programmazione

L'Azienda, in attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente ed al fine di un effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione della dirigenza, informa la propria organizzazione sulla base della distinzione tra:

- attività di indirizzo, programmazione e controllo, esercitati dal Direttore generale con la collaborazione del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
- attività gestionali, esercitate secondo gli incarichi di struttura ed i livelli di responsabilità assegnate alla Dirigenza medica, amministrativa, tecnica, professionale e sanitaria.

Costituisce compito della Dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla direzione aziendale e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali.

Spetta in particolare ai Dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:

1. direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture, professionali o funzionali, e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
2. responsabilizzazione del personale per il raggiungimento dei risultati e adozione degli atti di organizzazione e gestione del personale che non comportino modifiche di inquadramento o posizione funzionale;
3. predisposizione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento dei diritti degli utenti;
4. controllo dell'insieme delle attività svolte, ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
5. partecipazione alle procedure informative, nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

Al fine di realizzare compiutamente il Sistema integrato della programmazione, controllo e valutazione, l'Azienda, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- a. garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b. verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c. valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d. valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme del controllo interno, articolato in controllo di gestione e controllo strategico, viene svolto da un'unità organizzativa che, in staff alla direzione strategica, svolge la funzione d'interfaccia tra questa, le direzioni operative ed i sistemi informativi Aziendali. L'azione rispetta i seguenti principi generali:

- a. l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo. Essa è pertanto svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo;
- b. il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto ai punti precedenti, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente alla Direzione generale;
- c. la Direzione generale contribuisce a svolgere l'attività di valutazione dei dirigenti Direttori di Dipartimento e dei Dirigenti non inseriti in ambito dipartimentale;
- d. l'attività di valutazione dei Dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diverse da quelle cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- e. è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

Il sistema di programmazione e controllo costituisce il metodo di definizione, esplicitazione e controllo degli obiettivi e delle risorse assegnate alle varie articolazioni organizzative aziendali. Gli obiettivi sono di natura economica, organizzativa, di produzione, di sviluppo tecnico-professionale o scientifico. Le risorse dedicate al perseguimento degli obiettivi e a tal fine assegnate, sono risorse umane, tecniche, economiche, organizzative.

Il sistema di programmazione e controllo costituisce, nel contempo:

- la preconditione organizzativa e il quadro di riferimento per il pieno dispiego dell'autonomia dei professionisti e dei dirigenti nello svolgimento delle proprie attività;
- uno strumento centrale per il governo delle attività aziendali, capace di ricondurre a unità e coerenza le attività svolte dalle varie articolazioni organizzative e, al contempo, di permettere una verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e dell'uso efficace delle risorse impiegate.

Il processo di programmazione e controllo, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori e dei soggetti attivi nel governo, è attivato dall'Azienda attraverso i seguenti strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale:

- la Direttiva del Direttore Generale attraverso la quale si forniscono gli indirizzi per la formulazione del Piano della performance;
- il budget aziendale.

L'attività di verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa viene misurata ai seguenti livelli di responsabilità:

- dipartimenti
- strutture complesse e semplici dipartimentali;
- centri di costo, corrispondenti alle strutture semplici dipartimentali.

5.1.1 La Pianificazione Strategica e Piano della Performance

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dell'Organo di Indirizzo ed eventualmente dei responsabili delle competenti strutture organizzative, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto e l'assetto organizzativo.

La Direzione aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite il processo di programmazione annuale che orienta e vincola tutti i produttori sanitari che afferiscono all'Azienda, siano essi interni o esterni, pubblici o privati.

La Direzione aziendale assolve, le funzioni di programmazione e di indirizzo politico-amministrativo che si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione e di integrazione tra le attività di didattica, ricerca ed assistenza e si sviluppa con l'esercizio di più funzioni, quali:

- definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda e piano delle attività aziendali;
- definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini;
- adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate;
- orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni, pubblici e privati.

La valenza strategica della funzione svolta esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale, ovvero al Direttore generale coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, affiancati a tal fine dai Direttori dei Dipartimenti. In base alle risorse affidate, al programma delle attività e degli obiettivi assegnati, le direzioni dei dipartimenti individuano una proposta programmatica di produzione. Sono, pertanto, deputate a decidere sul come produrre, ovvero a definire le modalità tecnico organizzative per garantire la qualità tramite la responsabilità del governo amministrativo, clinico e di quello economico.

Costituiscono atti di pianificazione strategica il piano della performance, i piani ed i programmi pluriennali di investimento, le modifiche all'atto aziendale per quanto riguarda gli assetti organizzativi. Gli atti di pianificazione strategica sono inviati all'Organo di Indirizzo per la verifica delle congruità di competenza. Il parere su tali atti si intende favorevole se non espresso in senso contrario entro 30 giorni dalla data di ricevimento. Gli atti di pianificazione strategica sono oggetto di informativa alle OO.SS.

Il **Piano della Performance** rappresenta il piano strategico dell'Azienda ed è un atto di programmazione triennale mediante il quale l'Azienda programma, nei limiti delle risorse disponibili, l'attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale, al fine del raggiungimento degli obiettivi da essi esposti con particolare riferimento alla programmazione economica, del personale e degli investimenti.

Col Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**. Il suo scopo è quello di raccogliere i diversi strumenti di programmazione usati in precedenza, raccogliendoli in un unico piano.

Il PIAO, in sintesi, include:

- Piano della Performance che dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il piano della formazione, che definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Piano triennale del fabbisogno del personale, che dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza nelle attività di organizzazione.

L'Azienda adotta gli strumenti, previsti dal D.Lgs. n.150/2009 ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale, affinché vengano implementati in modo efficace il monitoraggio ed il miglioramento delle proprie performance e costituiscano uno stimolo per implementare i processi di aziendalizzazione.

La Struttura tecnica aziendale per la misurazione delle performance fornisce supporto all'OIV, i cui compiti già sono stati descritti, e funge da "interfaccia tecnica" tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Gli strumenti adottati dall'Azienda sono:

- Ciclo di gestione della performance, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell'amministrazione.
- Sistema di misurazione e valutazione della performance, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'Azienda.
- Piano della performance, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione.
- Relazione sulla performance, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.

Il ciclo della Performance, ai sensi di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/09, è il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione e si inserisce all'interno di un ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

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

Indicatori Qualitativi di Performance

Nel corso degli anni è progressivamente cresciuto il peso riconosciuto dall'Azienda – in sede di valutazione dei risultati – alle finalità di natura qualitativa, tra le quali rivestono particolare rilievo i seguenti indicatori:

- appropriatezza degli interventi: con la puntuale verifica del rispetto di quanto stabilito dal DGRC n.58/2010 che vincola le Aziende al rispetto delle soglie di ammissibilità per le diverse tipologie di attività per i DRG "ad alto rischio di inappropriatazza"
- potenziamento dei settori dell'emergenza-urgenza (posti letto per l'osservazione breve intensiva, pronto soccorso pediatrico, ecc.)
- efficiente gestione dei posti letto disponibili anche attraverso la riduzione della degenza media;
- riorganizzazione delle attività diagnostiche ambulatoriali, con riduzione dei tempi di attesa per gli interni e contestuale refertazione;
- sicurezza in sala operatoria, da perseguire attraverso strategie di formazione rivolte agli operatori coinvolti nelle attività chirurgiche e con l'obiettivo di accrescere sia le abilità tecniche che quelle cognitive-comportamentali.

Si aggiungano gli obiettivi definiti in sede di nomina del Direttore Generale unitamente agli obiettivi indicati per il raggiungimento dei LEA fissati dal Nuovo Sistema di Garanzia dalla data di entrata in vigore dello stesso.

Indicatori Economici di Performance

L'assegnazione degli obiettivi si traduce nelle schede di budget, oggetto di contrattazione annuale tra la direzione generale ed i direttori dei dipartimenti/unità operative, che dovranno prevedere anche la rilevazione dei seguenti indicatori di obiettivo e risultato:

- voci di costo
- voci del fatturato
- incidenza dei costi sul tariffato, indicata dal rapporto tra totale dei costi direttamente gestiti da centro di responsabilità e ricavi complessivi determinati dalle prestazioni tariffate.

5.1.2 La Direttiva del Direttore Generale

La Direttiva del Direttore Generale è un documento programmatico generale nel quale sono illustrate le linee di sviluppo dell'anno dell'Azienda, in coerenza con quanto deve prevedere il Piano triennale della performance. Il Collegio di Direzione fornisce al Direttore Generale gli elementi per l'elaborazione della Direttiva annuale.

La Direttiva identifica i principali risultati da realizzare e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, indicando progetti speciali e scadenze intermedie, nel rispetto della compatibilità finanziaria ed economica aziendale.

Al fine di cogliere in una visione integrata la complessità che caratterizza le strategie, i programmi e l'organizzazione aziendale, la Direttiva individua gli obiettivi strategici aziendali per le seguenti prospettive delineate dal "balanced scorecard":

- prospettiva economico-finanziaria;
- prospettiva dei processi interni aziendali;
- prospettiva del cliente/utente.

La Direttiva annuale del Direttore generale costituisce un documento preliminare del "Piano delle Performance", di validità triennale, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della performance e della programmazione finanziaria e di bilancio.

5.1.3 Il Budget

Il budget si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti, alle strutture a supporto della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa per il raggiungimento delle finalità assistenziali definite dai documenti di programmazione.

Il Direttore generale, coadiuvato dalla direzione strategica, sulla base delle indicazioni programmatiche generali e delle linee indicate dall'Organo d'Indirizzo, definisce le linee d'equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento, attivando specifici percorsi di negoziazione.

Successivamente, ogni direttore di dipartimento informa, per un parere complessivo, il Comitato di dipartimento e attribuisce alle singole strutture complesse e semplici dipartimentali gli obiettivi di budget, attivando specifici percorsi di negoziazione. I responsabili delle strutture complesse e semplici hanno il compito di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati. Il budget, in particolare, è costituito dall'insieme di documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare.

Il budget è distinto in:

- budget generale che, riferito all'intera Azienda, rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati consuntivi;
- budget funzionali che, riferiti alle strutture che erogano assistenza e servizi, rappresentano lo strumento per definire e concordare, in via preventiva, i volumi di attività e i costi relativi nonché altri obiettivi di carattere qualitativo.

Il Direttore generale individua i centri di responsabilità, cui corrispondono i budget funzionali, ed i rispettivi responsabili nei Direttori. Il responsabile di budget funzionale determina l'impiego delle risorse e risponde, ai fini della determinazione delle indennità di risultato ed in termini di incentivazione, dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con il Direttore generale.

È facoltà del Direttore del Dipartimento articolare eventualmente il budget funzionale del Dipartimento tra le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale di afferenza con relativo decentramento delle responsabilità ai Direttori delle Unità Operative Complesse e ai Responsabili delle Unità Operative semplici a valenza dipartimentale.

5.2 I Sistemi di Controllo

L'Azienda attribuisce particolare importanza alla valutazione e controllo delle risorse impiegate (umane, economiche e finanziarie) e dei servizi offerti. Fermo restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa a enti ed organismi esterni, si individuano, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999 n. 286, le seguenti quattro forme di controllo:

a. controllo di regolarità amministrativa e contabile

ad esso provvede il collegio sindacale ex art. 3-ter del D.Lgs. n. 229/99 ed art. 4 del D.Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii., ivi compresi quelli di cui all'art. 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze e quelli con competenze di carattere generale. Per la presente tipologia di controllo non è possibile affidare queste competenze alle strutture organizzative descritte nei punti successivi;

b. controllo di gestione

la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse è affidata ad apposita struttura interna di controllo di gestione a supporto della direzione strategica. La funzione di controllo di gestione fornisce un supporto al sistema di valutazione dei dirigenti ed ai responsabili di struttura nella loro attività gestionale;

c. controllo strategico

la valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico è affidata alla Direzione aziendale. Le UU.OO. a supporto aiutano la direzione ad interpretare la coerenza tra le scelte strategiche effettuate ed i risultati della gestione operativa, con particolare riguardo alla qualità erogata dei servizi ed alla rispondenza rispetto ai bisogni degli utenti;

L'Azienda, allo scopo di implementare il sistema dei controlli prima delineato, si dota di strumenti adeguati a:

- valutare le prestazioni del personale ed, allo scopo, attivare specifici meccanismi di verifica (valutazione del personale);
- verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati e valutare gli obiettivi gestionali conseguiti dai dirigenti di struttura ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
- verificare i risultati conseguiti nella realizzazione di programmi o progetti cui sono connesse le componenti salariali relative alla produttività, da attribuire in sede di contrattazione decentrata, ai fini dell'erogazione di tali compensi (controllo dei risultati gestionali);
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi;
- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (controllo strategico);
- garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile).

5.2.1 Il Controllo della regolarità amministrativo – contabile

La regolarità amministrativo-contabile costituisce il fondamento di tutto il sistema di Programmazione e Controllo quale verifica della correttezza ed affidabilità di procedure ed atti.

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva, se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le

definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

5.2.2 Il controllo di gestione

Il controllo di gestione è diretto a verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa di tutte le unità organizzative individuate dalla direzione generale come centri di responsabilità. Le verifiche del controllo di gestione sono finalizzate a:

- a. ottimizzare il rapporto tra costi sostenuti e risultati conseguiti (prodotti/servizi) delle unità organizzative individuate come Centro di Responsabilità e comunque che l'Azienda intende sottoporre a controllo;
- b. fornire dati e risultati all'Organismo di valutazione indipendente (OIV), in collaborazione con la U.O.C. Appropriately ed Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi Informativi finalizzati alla valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione dei dirigenti di vertice) ed alla valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi ed altre determinazioni della direzione strategica, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

L'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:

- definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
- consuntivazione continuativa dei risultati e alimentazione delle banche dati;
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo);
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infrannuale, almeno trimestrale all'atto delle rilevazioni del Conto Economico (CE) per il Ministero della salute, in grado di rilevare, in particolare, scostamenti della spesa corrente rispetto alla spesa previsionale di periodo e/o comunque elementi indicativi di andamento non fisiologico della spesa gestionale;
- analisi degli scostamenti ed azioni correttive.

Gli strumenti operativi del controllo di gestione sono:

- a. il Piano della performance, che sarà inserito all'interno del PIAO, redatto sulla base delle indicazioni della Direttiva annuale del Direttore generale;
- b. la contabilità analitica per centri di costo e la definizione delle modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e raffronto con gli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- c. il sistema dei budget dei Centri di Responsabilità (master budget);
- d. il sistema organizzativo aziendale articolato nelle unità organizzative configurabili come centri di responsabilità e come centri di costo;
- e. l'individuazione degli indicatori specifici di efficacia, efficienza ed economicità;
- f. il sistema di reporting;
- g. la relazione annuale sulla performance.

L'Azienda contempla per tale funzione un'unità operativa dedicata cui fa capo un'ideale struttura organizzativa che opera in staff alla Direzione Strategica i cui rapporti vengono esplicitati in una successiva apposita sezione.

5.2.3 Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico

L'Azienda, per il controllo dei risultati di gestione, definisce:

- le strutture responsabili della progettazione e della gestione del controllo stesso;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti.

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico.

L'attività di valutazione consiste in:

- a. analisi preventiva di congruenza tra missioni affidate dalle norme ed obiettivi prescelti;
- b. analisi preventiva di congruenza tra obiettivi e risorse assegnate;
- c. analisi degli eventuali scostamenti tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti;
- d. analisi successiva di congruenza tra obiettivi predefiniti e scelte operative effettuate;
- e. identificazione dei fattori ostativi;
- f. individuazione delle cause che li hanno determinati;
- g. individuazione delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione;
- h. individuazione dei possibili rimedi.

I soggetti investiti della funzione di controllo di gestione, di controllo strategico, della valutazione dei risultati gestionali e della valutazione del personale, riferiscono alla Direzione aziendale con apposite relazioni, sulle risultanze delle analisi effettuate.

5.3 La Programmazione e Gestione degli Acquisti

5.3.1 Programmazione e Gestione degli acquisiti di beni e servizi

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135 e ss.mm.ii., nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il sistema MEPA, CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

L'Azienda disciplina, con proprio regolamento, gli acquisti di beni e servizi in economia e predisporre un regolamento nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 256 del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. Favorisce modelli di gestione di acquisizione di beni e servizi, anche attraverso l'apporto di terzi, con forme anche di partenariato, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia, secondo gli istituti previsti dal vigente *Codice degli Appalti* di cui al D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. ii.

L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile e alle leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati, fermo restando l'applicazione delle norme che disciplinano l'attività contrattuale dell'Azienda nell'ambito del diritto comunitario.

In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

L'Azienda applica, in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisce la concorrenzialità tra i potenziali fornitori.

Potrà essere intrapresa trattativa diretta con un solo fornitore nei casi che verranno individuati nel regolamento interno cui si rinvia per un maggior dettaglio operativo della materia in oggetto.

I criteri di valutazione delle offerte devono essere essenziali, correlati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica di imprenditorialità e innovazione tecnologica.

La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti e uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.

Nel regolamento aziendale disciplinante le regole e le procedure di contrattazione vengono ulteriormente definite le metodologie e le modalità di programmazione degli acquisti, prevedendo, tra l'altro, il possibile ricorso a gare realizzate in forma consortile con le altre Aziende Sanitarie della Regione, anche in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia ed a gare espletate con modalità di *e-procurement*.

5.3.2 Programmazione, Acquisizione e manutenzione delle Attrezzature

L'Azienda adotta i seguenti documenti programmatici e pone in essere le azioni esecutive conseguenti:

Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature sarà pianificata in modo documentato.

Il programma di acquisto delle attrezzature, in particolare di quelle biomediche e dei dispositivi medici, terrà conto, per quanto riguarda le attrezzature biomediche:

- dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
- dell'obsolescenza delle attrezzature;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- dell'eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Inventario delle attrezzature

Per le attrezzature biomediche in dotazione, l'azienda adotta un inventario di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico, per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità;
- fare analisi finalizzate a stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature.

Le informazioni saranno raccolte in inventario sia in forma aggregata, per l'intero parco macchine, che in forma disaggregata, per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

Le apparecchiature temporaneamente disattivate saranno immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

Manutenzione delle attrezzature

La manutenzione delle apparecchiature biomediche in uso è fondamentale, in quanto garantisce l'efficienza e l'efficacia delle stesse secondo un Piano di manutenzione che tiene conto:

- delle indicazioni relative alla sicurezza;
- delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
- delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il Piano di manutenzione generale è articolato in sezioni, distinguendo tra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità.

Il piano di manutenzione indica le attività relative alla manutenzione programmata ed ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Per le attrezzature biomediche tale piano deve:

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, con identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle stesse, compresi i dettagli di cui sopra;

La Commissione HTA

Con l'accezione "tecnologie" si tende a ricomprendere qualsiasi prodotto o procedura in campo sanitario quali farmaci, apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici, procedure, percorsi diagnostico terapeutici, tecniche di riabilitazione, nonché modelli organizzativi strettamente legati alla implementazione delle stesse tecnologie.

Un corretto approccio alla gestione delle "tecnologie" è rappresentato dal ricorso strutturale all'Health Technology Assessment (HTA) quale strumento di valutazione essenziale alla strategia Aziendale. La valutazione delle tecnologie sanitarie richiede una competenza multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico--cliniche, sociali, organizzative e legali attraverso una valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza, i costi e l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti di tutte le tecnologie (farmaci, procedure diagnostiche, interventi chirurgici, tecnologie biomedicali etc.), che sono utilizzate per l'assistenza sanitaria con maggior attenzione alle tecnologie di recente immissione sul mercato ed emergenti e quindi non ancora largamente diffuse.

Questa AORN, pertanto, ha costituito una Unità Operativa "Tecnologia Ospedaliera e HTA", tra le strutture complesse della Direzione Amministrativa, individuando un dirigente responsabile che, coadiuvato dall'apposita Commissione HTA, abbia come obiettivi:

- la formalizzazione di procedure standardizzate e condivise per la realizzazione della funzione di HTA, progettate attraverso un approccio partecipato che coinvolge i diversi stakeholder aziendali (amministrazione, clinici, ecc.) e deliberate dalla direzione aziendale;
- la predisposizione di un piano degli investimenti pluriennale come risultato di un processo che raccolga il complesso delle valutazioni inerenti il patrimonio tecnologico aziendale;
- la predisposizione di Reports di Health Technology Assessment la cui struttura è conforme a standards condivisi a livello nazionale;
- l'attivazione di procedure standard di valutazione secondo logiche di HTA per tutte le nuove tecnologie di specifico interesse scientifico e/o clinico;

5.3.3 La Programmazione e gestione degli interventi in Edilizia Sanitaria

La programmazione e gestione degli interventi di edilizia sanitaria è di competenza della struttura Ingegneria Ospedaliera. Le competenze consistono principalmente:

- nelle attività tecniche di progettazione, direzione lavori, contabilità, collaudi etc.;
- nella gestione e controllo delle manutenzioni degli immobili e degli impianti tecnici in genere anche affidati a terzi;

- nella organizzazione, direzione e controllo dei servizi tecnici affidati a terzi;
- nella predisposizione e gestione di gare e nell'affidamento di appalti per la realizzazione e manutenzione straordinarie ed ordinarie di immobili ed aree esterne, con particolare riferimento agli interventi finanziati con i fondi di cui alla L.67/1988 e ai fondi del Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza

5.4 Le Procedure Amministrativo Contabili

L'Azienda adotta, con il regolamento di amministrazione e contabilità, particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.

Il regolamento di amministrazione e contabilità prevede i processi relativi agli standard organizzativi, contabili e procedurali, schematizzati per cicli contabili e aree di bilancio.

Il predetto regolamento prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative vigenti in materia con particolare riferimento al D.Lgs. n. 118/2011 e la relativa casistica ministeriale applicativa e, per quanto compatibile, ai Decreti Commissariali n. 14/2009 e n. 60/2012.

Le regole di organizzazione dell'attività gestionale previste dal regolamento di amministrazione e contabilità si ispirano ai principi di trasparenza, efficienza ed efficacia dei processi produttivi aziendali.

La predisposizione e gli aggiornamenti del regolamento di amministrazione e contabilità dovranno essere sempre accompagnati da un processo di revisione delle funzioni contabili, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati anche finalizzati ad assicurare il risanamento economico-finanziario dell'Azienda.

Il Regolamento di amministrazione e contabilità enuncia il modello di *governance* adottato, curando la descrizione dell'organizzazione in maniera tale che siano evidenti i processi aziendali e le attività svolte. In particolare, il Regolamento di amministrazione e contabilità descrive puntualmente la Programmazione aziendale, la Gestione aziendale, la rendicontazione aziendale ed il modello di controllo.

L'Azienda ha approvato il Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget, anche in recepimento delle indicazioni approvate dalla Regione Campania col D.C.A. 67/2019, che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale in conformità alle linee guida regionali.

La contabilità analitica dovrà rilevare il livello dei costi e dei proventi per ciascun centro di responsabilità, con la determinazione della quota di risultato di gestione complessivo attribuibile.

Il bilancio d'esercizio aziendale è redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Direttore generale. Il bilancio di esercizio ed il bilancio preventivo economico annuale vengono redatti secondo gli appositi schemi previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni al fine di conferire struttura uniforme alle voci del bilancio.

L'Azienda attua, secondo gli indirizzi ed i provvedimenti regionali, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci in attuazione del citato D.Lgs.118/2011, avendo adottato, tra l'altro, con deliberazione n.63 del

31.01.2022, un apposito *manuale delle procedure e delle azioni attuative* per l'attuazione dei **Percorsi Attuativi per la Certificabilità del bilancio** aziendale.

A tal fine, l'Azienda promuove e garantisce gli standard organizzativi, contabili e procedurali contenenti i seguenti requisiti generali:

- prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio, attraverso, ad esempio, il monitoraggio degli obblighi previsti dalla legge, l'accertamento che le procedure operative siano sviluppate in maniera tale da tener conto di tali obblighi, la raccolta e la divulgazione delle leggi e regolamenti la cui mancata attuazione può generare impatti in bilancio;
- programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;
- disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio;
- analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
- monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione e del Collegio Sindacale.

5.4.1 Il Governo Economico-Finanziario

L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche.

Il governo economico finanziario garantisce il rispetto dei criteri finanziari posti all'Azienda. La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività.

Il governo economico-finanziario utilizza come strumenti indispensabili:

- la contabilità generale e la contabilità analitica per centri di costo;
- il sistema di budgeting e di reporting;
- il bilancio economico preventivo ed il piano dei flussi di cassa prospettico;
- il bilancio d'esercizio.

Il governo economico prevede l'introduzione graduale di strumenti innovativi di gestione quali:

- a) la relazione istituzionale ed il bilancio di mandato;
- b) la contabilità analitica per processo di cura attraverso metodologia ABC e ABM;
- c) la Balanced score card.

L'introduzione di strumenti innovativi di gestione è motivato da esigenze di ridefinizione dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance dell'Azienda, volendo perseguire come obiettivo prioritario il riposizionamento al centro dei processi aziendali:

- dell'efficacia delle cure;
- dell'appropriatezza delle prestazioni;
- della qualità dei servizi erogati.

Nella rendicontazione aziendale deve essere posta particolare attenzione ai seguenti temi strategici di più alto livello:

- il costo delle prestazioni (programmazione e controllo di gestione);
- il valore creato, inteso come benefici per gli stakeholders di riferimento;
- il contributo al sistema istituzionale di riferimento.

Rientra nelle funzioni del governo economico:

- emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economica, volte all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;

- garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione;
- individuare come centri di responsabilità, oltre ai dipartimenti ad attività integrata, anche altre articolazioni organizzative afferenti ad aree di attività che richiedono unitarietà di organizzazione e coordinamento gestionale.

La contabilità generale e la contabilità analitica sono i principali strumenti di rappresentazione del complessivo andamento economico della gestione.

Il Direttore generale individua nel Direttore di dipartimento e di unità operativa il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti, nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati. Sono definiti Centri di rilevazione dei costi le articolazioni organizzative - individuate ai soli fini del rilevare lo svolgimento delle attività ed il connesso assorbimento di risorse - sotto ordinate rispetto ai centri di responsabilità e connotate da caratteristiche organizzative, funzionali e produttive omogenee. Il Direttore Generale, con proprio provvedimento, definisce l'elenco dei centri di rilevazione dei costi che devono far capo a ciascun centro di responsabilità.

L'azione di monitoraggio degli accadimenti economici e produttivi dell'Azienda deve avvalersi di un affidabile sistema di rilevazione che permettono di prevedere e verificare le condizioni di economicità della gestione e, cioè, la sostenibilità economica nel tempo delle attività aziendali.

Fra i principi di riferimento per una corretta gestione contabile si annoverano:

- rispetto dell'equilibrio economico tra costi e ricavi;
- impegno ad eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali e organizzative;
- dimensionamento della propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile;
- valutazione della congruenza fra risultati ottenuti e gli obiettivi predefiniti.

Nell'ambito del regolamento di amministrazione e contabilità sono previste specifiche disposizioni di "programmazione e controllo" per il governo economico finanziario dell'Azienda, che definiscono principi, funzioni e strumenti.

La Direzione amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e coordinamento generale del governo economico-finanziario.

5.4.2 La Gestione delle Risorse Umane

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico principale dell'Azienda. La loro qualità rappresenta il determinante fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il coinvolgimento professionale e lavorativo, lo sviluppo delle risorse umane, la loro formazione continua e l'attenzione al benessere lavorativo sono altrettanti temi centrali su cui l'Azienda pone particolare attenzione.

Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, le crescenti esigenze partecipative dei cittadini e degli operatori comportano una sempre più evidente diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione del personale.

I principali strumenti utilizzati per la valorizzazione degli operatori dell'Azienda sono:

- la predisposizione di ambienti di lavoro che stimolino il miglioramento e consolidino i rapporti di collaborazione;
- l'assicurazione che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- la verifica del livello di condivisione degli obiettivi;
- l'accertamento periodico della motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- la verifica periodica dei risultati delle iniziative di miglioramento.

5.4.3 Il Sistema Informativo Aziendale

Il sistema informativo dell'Azienda è l'insieme di:

- informazioni prodotte, trasformate ed utilizzate durante l'esecuzione dei processi aziendali;
- modalità con cui esse sono gestite;
- risorse sia umane sia tecnologiche coinvolte.

L'Azienda ritiene strategico il ruolo del Sistema Informativo Sanitario Aziendale e Regionale (SISR) perché esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea. Tale conoscenza costituisce il necessario presupposto per programmare ed organizzare un'offerta dei servizi efficace ed efficiente. I dati rilevati, infatti, devono consentire una lettura integrata degli eventi da essi rappresentati.

La finalità sottesa a tale sforzo risiede nella possibilità di ottenere in maniera strutturata informazioni di sintesi che attengono, da un lato, alla domanda ed all'offerta di servizi sanitari, da un altro, allo stato di salute dell'utenza e, da un altro ancora, alla gestione dell'azienda. A tal fine, si riconosce il ruolo strategico dei Sistemi Informativi Aziendali in coerenza con lo sviluppo del NSIS e del SISR e con gli indirizzi già contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

In linea con quanto disposto per la P.A. dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. n.235/2010), l'Azienda promuove l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.

In tal senso la dematerializzazione va intesa quale complesso intervento di semplificazione dei processi e di diminuzione delle fasi e dei passaggi del processo decisionale, di snellimento dei procedimenti e di semplificazione, di governo del ciclo del documento in tutte le sue fasi, inclusa quella di conservazione, comunicazione digitale, controllo e riduzione del digital divide.

Attualmente la dematerializzazione rappresenta uno degli elementi di maggior rilievo all'interno dei processi di riforma dell'attività amministrativa e costituisce una delle linee di azione maggiormente significative anche a fini della riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) che di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).

5.4.4 La Gestione del Contenzioso

Le attività di cui al D.Lgs. n. 28/2010 - procedure di bonario componimento e/o di raffreddamento dei conflitti - sono gestite dalla U.O.C. Affari Legali.

In tutte le ipotesi in cui è nuovamente obbligatoria la procedura di mediazione prevista dal D.Lgs. n. 28/2010, tra cui le vertenze aventi ad oggetto il risarcimento dei danni derivanti da presunta "colpa medica", la U.O.C. Affari Legali, valutate le richieste stragiudiziali in concomitanza con i pareri medico - legali di riferimento, espressi in sede di "Comitato di Valutazione Sinistri", partecipa se necessario, tramite proprio legale interno, alle procedure di conciliazione.

All'esito del procedimento di conciliazione, laddove si sia pervenuti all'accordo, sarà cura della U.O.C. Affari Legali proporre idoneo atto deliberativo di presa d'atto dello stesso, ai fini della liquidazione dell'importo concordato.

Per le controversie di natura commerciale, svolti preventivamente tutti gli accertamenti sulle prestazioni effettivamente rese e sull'utilità aziendale delle stesse, si procederà ugualmente al tentativo di bonario componimento della controversia presso gli organismi all'uopo autorizzati, da formalizzare attraverso successiva proposta di atto deliberativo.

L'Azienda adotta il Regolamento per la mediazione finalizzata alla composizione delle controversie civili e commerciali.

5.5 Gli Incarichi ed il Sistema di Valutazione del Personale

Nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego, di cui al d.lgs 165/2001 e s.m.i., il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa. Tale sistema, che si basa, nel conferimento degli incarichi, sui principi di trasparenza, pubblicità, autonomia, responsabilità, misurazione, valutazione e di valorizzazione del merito è volto a garantire il corretto svolgimento della funzione dirigenziale nel quadro delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

L'accesso al ruolo dirigenziale avviene nel rispetto delle procedure previste dal d.lgs 502/92 art. 15 così come modificato dal d.lgs 229/99, dd.pp.rr 483/97 e 484/97, d.lgs 165/2001 art. 26, dalla l. r. 32/1994, l. r. 4/2011.

L'Azienda garantisce l'assegnazione a ciascun dirigente di un incarico, presupposto per avviare il processo valutativo. A tal fine, si provvede a:

- a) ridefinire le strutture organizzative e le funzioni dirigenziali (d.lgs. n.229/1999 e s.m.i.);
- b) applicare le disposizioni previste dal d.lgs. n.286/1999 e s.m.i.;
- c) attuare i principi di razionalizzazione e ottimizzazione (d.lgs.n. 165/2001, n.150/2009 e s.m.i.).

Gli incarichi dirigenziali, gli incarichi di funzione e quanto altro previsto dai vigenti CCNNLL, che discendono dall'applicazione dell'atto Aziendale, dovranno essere compatibili con le risorse disponibili nei fondi contrattuali rideterminati ai sensi delle disposizioni regionali.

Le modalità di individuazione dei criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, degli incarichi professionali, confluiranno in apposita regolamentazione. Di seguito si delineano in linea generale le tipologie di incarichi.

5.5.1 Gli Incarichi Dirigenziali Area Sanità

Gli incarichi dirigenziali dell'Area Sanità possono distinguersi in incarichi gestionali e professionali, secondo la tipologia prevista dall'art. 18 del C.C.N.L. Triennio 2016-2018, firmato il 19/12/2019.

Gli incarichi gestionali si distinguono in incarichi di direzione di struttura complessa, di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale e di struttura semplice, mentre quelli professionali si articolano in incarichi professionali di altissima professionalità, professionali di alta specializzazione, professionali di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo e professionali di base.

Per incarichi di direzione di struttura complessa si intendono quelli relativi a Unità Operative complesse sempre caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti.

Gli incarichi di direzione di struttura semplice sono caratterizzati da autonomia organizzativa e sono conferibili ai dirigenti che abbiano maturato almeno cinque anni di servizio ed abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico. All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici possono essere individuati due diversi gradi o livelli di complessità:

- o Unità operative semplici a valenza dipartimentale, che è articolazione interna del dipartimento;
- o Unità operative semplici quali articolazioni interne di strutture complesse.

Per incarichi professionali di altissima professionalità (a valenza dipartimentale o quale articolazione interna di struttura complessa), incarichi professionali di alta specializzazione (nell'ambito di una struttura complessa o semplice), incarichi professionali di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo, si intendono quelli attribuibili a dirigenti che svolgono funzioni connesse alla guida di gruppi di lavoro di alta professionalità, ovvero al possesso di elevate competenze tecnico-specialistiche che producono prestazioni quali-quantitative ritenute particolarmente rilevanti per l'Azienda.

Gli incarichi dirigenziali di natura professionale di base, conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova, hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, l'Azienda individua, con apposito provvedimento, attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, ai sensi dell'art. 18 vigente C.C.N.L.

Per l'attribuzione degli incarichi professionali l'Azienda riconosce prevalenza alla peculiare competenza professionale, valorizzando le abilità e specificità del singolo dirigente.

L'individuazione degli incarichi professionali non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal Direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

5.5.2 Incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale.

L'Azienda, attraverso l'attribuzione di incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale, riconosce la capacità tecnica di singoli professionisti, pur gestionalmente afferenti a UU.OO.CC. o UU.OO.SS.DD., di offrire prestazioni ad elevato contenuto tecnico a UU.OO. del Dipartimento di afferenza o di altri Dipartimenti, secondo modalità da definirsi con apposito regolamento interno, con la specificazione che l'incarico conferito non implica l'attribuzione di responsabilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie.

In considerazione della valenza strategica di tali incarichi, al pari degli incarichi professionali ad alta specializzazione come previsti dal recente CCNL rispettivamente art. 18, c1, par II lett A1 e A2 e lett. B, essi verranno individuati in conformità con la nuova organizzazione prevista dal presente atto aziendale. I suddetti incarichi verranno adeguatamente pesati nell'ambito della graduazione delle funzioni.

5.5.3 Incarichi ai Dirigenti dei ruoli Amministrativo, Tecnico e Professionale.

Ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo possono essere conferiti incarichi gestionali di direzione di struttura complessa e di direzione di struttura semplice ed incarichi professionali, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo.

Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti con provvedimento motivato del Direttore Generale, su proposta del Direttore Amministrativo, attraverso procedimento di tipo selettivo attivato con l'indizione di avviso interno, al quale sono ammessi i dirigenti in possesso dei requisiti previsti dal C.C.N.L. relativo al personale dell'Area delle Funzioni Locali Area – III Sezione- Triennio 2016-2018, sottoscritto il 17/12/2020.

Gli incarichi di direzione di struttura semplice e gli incarichi di natura professionale sono conferiti con le modalità di cui all'art. 71 vigente CCNL, dettagliate in apposito regolamento.

5.5.4 Rotazione degli incarichi

Con l'aggiornamento del piano triennale dell'anticorruzione e trasparenza, l'Azienda prevede la rotazione del personale, intesa come alternanza tra più professionisti nelle decisioni e nella gestione delle procedure addette alle aree a più elevato rischio di corruzione e quale misura importante di prevenzione atta a ridurre il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra i dipendenti e soggetti esterni.

L'Azienda d'intesa con il Direttore della struttura interessata, sulla base dei criteri che verranno indicati nei regolamenti attuativi dell'atto Aziendale, valuterà la possibilità di provvedere alla rotazione dei dirigenti richiamati a ricoprire incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione, fermo restando il dovere di garantire continuità e coerenza nell'attività delle strutture. La valutazione del personale rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Essa è affidata in prima istanza, ai dirigenti stessi ed in seconda istanza al dirigente gerarchicamente sovraordinato. L'Azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito dai contratti di lavoro, le prestazioni ed i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative, in coerenza con l'incarico di posizione ricoperto e le potenzialità individuali del personale dirigente e non dirigente.

5.5.5 Organismi di verifica e Criteri di valutazione del personale

La direzione Aziendale attribuisce alla valutazione delle risorse umane e dei risultati raggiunti una fondamentale valenza strategica. Il sistema valutativo rappresenta un valido strumento per misurare non solo le prestazioni, gli incarichi ed il potenziale del personale, ma anche l'efficienza organizzativa dell'Azienda. Gli organismi preposti alla verifica del personale, successivi alla valutazione di prima istanza, sono:

- Il Collegio Tecnico
- l'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Collegio Tecnico non è unico; è un organismo a composizione variabile strutturato di volta in volta in relazione alla struttura di appartenenza del soggetto da valutare. È nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore cui afferisce il dirigente valutato. È composto dal Direttore sanitario o dal Direttore amministrativo (o propri delegati) in base all'area del dirigente da valutare, e da un membro esperto nella stessa disciplina oggetto dell'incarico da valutare, eletto da tutti i dirigenti afferenti al Dipartimento di appartenenza del dirigente interessato.

Al Collegio Tecnico competono le seguenti tipologie di verifica:

- ordinaria verifica triennale di tutti i dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito (sia sulle attività professionali che sui risultati raggiunti) ai fini della conferma, revoca o attribuzione di nuovo incarico di maggior rilievo;
- verifica di fine incarico sui responsabili di strutture semplici o complesse, ai fini dell'eventuale conferma, revoca o conferimento di nuovo incarico;
- verifica sui dirigenti al termine del quinto o quindicesimo anno di servizio, per la possibile assegnazione ad incarichi di maggiore rilievo (gestionali o professionali).

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), introdotto col decreto legislativo 150/2009 (e s.m.i.), svolge alcune importanti funzioni nel processo di misurazione e valutazione della performance. Delle sue attività già si è parlato.

L'Azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai CCCCNNLL, le prestazioni del personale dirigenziale e di quello assegnatario di Incarichi di funzione e di incarico di coordinamento nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate.

Le procedure di valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative tengono conto dei risultati dell'attività amministrativa e di gestione. Al fine di garantire trasparenza e affidabilità al giudizio, esse sono improntate ai seguenti principi:

- trasparenza dei criteri e dei risultati: gli elementi in base ai quali si procede alla valutazione delle attività professionali sono concordati con le Organizzazioni Sindacali rappresentative del personale interessato; i risultati della valutazione effettuata dal Collegio tecnico vengono comunicati e messi a disposizione dell'interessato, che può eventualmente controdedurre;

- informazione adeguata e partecipazione del valutato: il dirigente interessato può presentare una nota relativa all'attività svolta e sui fattori qualificanti dell'impegno professionale; può inoltre richiedere di essere ascoltato dal collegio tecnico per esporre le proprie deduzioni.

L'intera materia e le procedure correlate sono disciplinate dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che l'azienda aggiorna periodicamente in base alle esigenze manifestatesi.

L'oggetto della valutazione, oltre agli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità, è costituito in linea di principio da elementi concordati a livello Aziendale con gli organismi di rappresentanza del personale, specifici per ciascuna tipologia di incarico e riportato nei paragrafi seguenti.

Valutazione del Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Dipartimento, cui competono responsabilità professionali di natura organizzativa e di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, è nominato dal Direttore Generale su indicazione del Comitato di Dipartimento.

La verifica del Direttore di Dipartimento compete – in considerazione della natura prettamente gestionale ed organizzativa delle attività svolte – direttamente al Direttore Generale su proposta motivata dell'O.I.V., sulla base degli elementi forniti dal Direttore sanitario o del Direttore amministrativo, per i settori di rispettiva competenza, sulla base dei seguenti criteri:

- a) risultati conseguiti in materia clinico-organizzativa dal Dipartimento;
- b) risultati gestionali in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate;
- c) raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati al Dipartimento, con particolare riferimento al grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale al budget;
- d) grado di partecipazione quali-quantitativa al collegio di direzione (numero di presenze registrate, livello di coinvolgimento attivo anche attraverso la formulazione e/o discussione di proposte, programmi e soluzioni organizzative rilevanti ai fini delle scelte Aziendali).

Valutazione dei Direttori di Struttura Complessa

Le procedure valutative del dirigente con incarico di struttura complessa sono finalizzate a monitorare costantemente le professionalità di maggior rilievo sotto l'aspetto organizzativo e tengono conto dei seguenti fattori:

- capacità dirigenziali: si esplicano principalmente nelle funzioni di programmazione delle attività e indirizzo (definizione dei processi operativi e delle azioni preordinate al conseguimento degli obiettivi); coordinamento (armonizzazione delle diverse figure professionali e tra le varie attività), controllo e vigilanza (sui risultati attesi e sui comportamenti adottati);
- capacità professionali: rispetto al precedente fattore che attiene alle caratteristiche manageriali, questo criterio di valutazione si riferisce alle peculiari capacità clinico-professionali possedute dal responsabile, purché sia comprovato il loro utilizzo e la rilevanza all'interno della struttura diretta. Il grado di competenza professionale è inversamente proporzionale al livello di interscambiabilità con gli altri sanitari e quindi è alto in assenza di sostituibilità da parte degli altri dirigenti dell'equipe dell'unità operativa;
- capacità innovativa: questo criterio di valutazione fa riferimento alla capacità propositiva dimostrata dal responsabile della struttura complessa nel promuovere l'introduzione e l'utilizzo di strumenti e metodologie con significative caratteristiche di novità rispetto all'organizzazione ordinaria dell'unità operativa. L'implementazione di specifiche competenze nell'utilizzo di processi innovativi rappresenta infatti un fattore di qualificazione strategicamente rilevante per l'Azienda ed è connessa alle iniziative di ricerca e formazione purché attivate in collaborazione con accreditati centri e/o istituti scientifici (nei settori delle tecniche diagnostiche ed interventistiche, dei programmi informatici, dei sistemi per la gestione efficienti delle risorse, ecc.);
- comportamenti: ci si riferisce alle caratteristiche relazionali dimostrate nell'instaurare un clima di fattiva collaborazione e nel motivare adeguatamente tutto il personale, anche attraverso l'attribuzione di specifici obiettivi prestazionali. In via generale si vuole evidenziare l'introduzione di un clima positivo al

conseguimento di maggiori livelli prestazionali quali – quantitativi;

- risultati: la verifica dei risultati conseguiti viene effettuata sotto un duplice aspetto: livello qualitativo dell'assistenza (umanizzazione e accoglienza, percezione da parte dell'utenza, livelli di pulizia, presenza di reclami, ecc.) e livello quantitativo o uso efficiente delle risorse assegnate. Per quanto riguarda i risultati economici, la valutazione delle capacità dimostrate nella gestione dei beni, nel controllo della spesa e nei livelli di produttività non può prescindere dall'esame delle condizioni in cui si opera e quindi della specificità dell'attività e dei fattori che oggettivamente incidono sui risultati prestazionali;
- capacità relazionali: il potenziamento dei comportamenti favorevoli all'organizzazione dipartimentale favorisce un elevato e fattivo grado di interdipendenza con le altre unità operative, nell'ottica di incentivare iniziative comuni per fornire un'assistenza integrata ed efficiente;
- formazione e aggiornamento: l'aggiornamento è finalizzato ad adeguare, per tutto l'arco del rapporto di lavoro, le conoscenze professionali per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali.

Valutazione dei Dirigenti di Unità Operativa Semplice Dipartimentale o Semplice o di Staff

I dirigenti con incarico di struttura semplice dipartimentale o semplice o di staff sono valutati sui seguenti criteri:

- livello di collaborazione interna: corrisponde alla capacità dimostrata nel correlarsi con le altre strutture (all'interno dell'unità operativa per le strutture semplici e dell'organizzazione dipartimentale per le strutture semplici dipartimentali), ed il livello di collaborazione risulta fattore indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi complessivi dell'U.O. o del Dipartimento.
- capacità di governo del personale: dimostrata nel motivare e valorizzare il personale assegnato è sintomo di un clima organizzativo favorevole alla produttività. Si espleta attraverso la funzione di guida e stimolo dei collaboratori, l'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali, l'indizione di incontri interni di aggiornamento professionale, riunioni per la condivisione degli impegni derivanti dal processo di programmazione/budget.
- risultati delle procedure di controllo: impegno nell'organizzare incontri interni per discutere casi clinici o l'appropriatezza delle prestazioni (audit clinico), introduzione di azioni per promuovere la qualità del servizio, orientamento all'utenza (azioni correttive ai comportamenti segnalati dai reclami pervenuti all'URP, gradimento dell'utenza, iniziative di informazione, ecc.).
- promozione di innovazioni tecnologiche e procedure: attraverso l'implementazione di nuove metodiche, la predisposizione di linee guida, iniziative volte alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, l'adozione di protocolli operativi d'intesa con i servizi diagnostici.
- gestione del budget: questo criterio si applica ove ne ricorrano le condizioni e riguarda il risultato del budget affidato e delle risorse umane e strumentali assegnate nonché altre funzioni eventualmente delegate. Si riferisce alla capacità dimostrata nell'organizzare in modo efficace ed efficiente le risorse (risultato della singola struttura rispetto alla media divisionale o dipartimentale). E' un fattore che dimostra il rispetto degli obiettivi prestazionali assegnati.
- formazione e aggiornamento: si riconosce particolare rilievo alle attività di aggiornamento professionale dirette ad adeguare, per tutto l'arco del rapporto di lavoro, le conoscenze professionali e di formazione continua dirette a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, anche in ottemperanza all'obbligo di acquisizione dei crediti formativi.

Valutazione degli Incarichi di Funzione

L'individuazione degli incarichi di funzione, innovati nel recente contratto collettivo all'art.14, risponde a necessità strategiche o organizzativo-gestionali.

Gli incarichi di funzione possono coinvolgere tutto il personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale e nello specifico vengono istituiti:

- Incarichi di organizzazione
- Incarichi professionali

Gli incarichi di funzione prevedono, a seconda del ruolo di appartenenza, che vengano svolte funzioni ad elevata responsabilità o maggiormente complesse rispetto a quelle normalmente svolte nel proprio profilo e categoria di appartenenza.

Per gli stessi si rinvia ad apposita regolamentazione in linea con le previsioni dei vigenti CCNNLL.

5.6 Responsabilità gestionale dei dirigenti

La responsabilità manageriale si configura come una ulteriore responsabilità, aggiuntiva rispetto a quella professionale, valida per i direttori di dipartimento, di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale, i quali sono chiamati a gestire in piena autonomia i rispettivi budget e le risorse assegnate. Tale forma di responsabilità (gestionale e direzionale), quindi, è integrativa di quella professionale connessa alle competenze tecnico-scientifiche che caratterizzano gli operatori ed è, pertanto, indipendente dal tipo di incarico conferito.

La responsabilità gestionale è correlata alle logiche che governano il sistema di verifica e valutazione dei dirigenti e si associa a differenti conseguenze:

- 1) i riscontri positivi incidono sulla retribuzione di risultato e sugli effetti economici derivanti dalla graduazione delle funzioni;
- 2) la valutazione negativa può comportare la revoca dell'incarico dirigenziale con contestuale destinazione ad altro incarico.

La responsabilità gestionale, derivante da un non funzionale e/o inefficiente rendimento del dirigente che svolge in ambito aziendale compiti di particolare rilievo, si concretizza in:

- a. reiterato mancato conseguimento degli obiettivi di budget assegnati, senza reale giustificazione connessa ad impedimenti non oggettivamente imputabili al dirigente;
- b. inidonea qualità delle prestazioni erogate;
- c. inadeguato utilizzo delle risorse umane gestite, a causa della incapacità di creare un clima idoneo a favorire positivi livelli di produttività;
- d. comportamenti personali in contrasto con l'immagine e la mission aziendale.

5.7 Formazione continua

La valorizzazione del lavoro è fattore determinante per la realizzazione dei processi di trasformazione e riorganizzazione all'interno dell'Azienda, così da garantire appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza.

La formazione e l'aggiornamento professionale, quindi, sono assunti dall'Azienda quale strumento essenziale e come metodo permanente per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori, attraverso il costante adeguamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale, sempre più improntata al risultato.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono lo strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane.

La formazione, infatti, rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e persegue la concreta integrazione tra gli operatori responsabili della gestione dei processi produttivi. Inoltre, permette di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni, in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda.

Nei limiti delle risorse disponibili, l'Azienda garantisce ai propri operatori un'offerta formativa ampia e diversificata, sia nelle metodologie che negli strumenti formativi, realizzando percorsi di apprendimento coerenti con i bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.

L'Azienda, attraverso le proprie articolazioni competenti in materia, elabora il Piano Formativo Annuale, costituito dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, finanziandolo secondo le norme vigenti.

5.8 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

L'Azienda adempie agli obblighi previsti dal D.Lgs. 09.04.2008, n.81, e ss.mm.ii., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ponendo in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti dei corsi di laurea universitaria, degli specializzandi e dei tirocinanti e dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e di chiunque possa trovarsi nell'area ospedaliera.

In tal senso, promuove tutte le azioni organizzative e gestionali idonee al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche attraverso le funzioni svolte dal Datore di lavoro e dal Medico Competente e mediante l'azione della U.O. preposta, ai sensi degli art. 17 e 31 del citato D.Lgs. n. 81/2008.

Difatti, ai sensi dell'art 2, comma 1, lettera h, il "*...medico competente collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto*", all'art. 39, comma 4, del citato D.Lgs. "*.... il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia*" e comma 5 "*...il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri*".

La U.O. competente per il Servizio Prevenzione e Protezione, adempie ai compiti attribuiti dall'art. 33 dello stesso decreto legislativo e svolge la funzione di consulente tecnico del datore di lavoro e, più in generale, dell'Azienda, circa la corretta applicazione delle vigenti normative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.