

2025-2027

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE – PIAO



**Azienda Ospedaliera
Universitaria
“Luigi Vanvitelli”**

Indice

- **Premessa.....Pag.1**

- **SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.Pag.3**
 - 1.1 Scheda Anagrafica dell'AziendaPag.5
 - 1.2 Mandato istituzionale e Mission aziendale.....Pag.8
 - 1.2.1 Vision aziendale.....Pag.10
 - 1.3 Governance.....Pag.11
 - 1.3.1 Direzione strategica.....Pag.11
 - 1.3.2 Organi dell'A.O.U.....Pag.12
 - 1.3.3 Organismi di controllo e comitatiPag.13
 - 1.4 Organizzazione.....Pag.15
 - 1.5 Rete delle emergenze.....Pag.21
 - 1.5.1 Centri oncologici di riferimento, poli specialistici e.....Pag.22
 - Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM)
 - 1.5.2 Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)Pag.24
 - 1.6 Centri Riferimento Regionale e Reti Ospedaliere.....Pag.26
 - 1.6.1 Malattie Rare.....Pag.27
 - 1.7. Le Risorse.....Pag.28
 - 1.8 Lo Stato di “Salute Finanziaria e Patrimoniale”Pag.29
 - 1.9 Contesto esterno.....Pag.31
 - 1.10 Contesto interno.....Pag.33

- **SEZIONE 2. Valore Pubblico, Performance e.....Pag.36**
Anticorruzione
 - 2.1 Valore Pubblico.....Pag.37
 - 2.1.1 Le determinanti del Valore pubblico nell'A.O.U.Pag.39
 - 2.2 La digitalizzazione.....Pag.50
 - 2.2.1 Le attività relative ai programmi avviati.....Pag.50
 - 2.2.2 Attività a valere sul PNRR.....Pag.52
 - 2.2.3 Cybersecurity.....Pag.53
 - 2.3 Performance.....Pag.56
 - 2.3.1 Obiettivi di salute e linee strategiche: Sistema di Misurazione.....Pag.56
 - e valutazione della Performance (S.M.V.P.)
 - 2.3.2 Le linee programmatiche e gli obiettivi: l'individuazione.....Pag.56
 - degli obiettivi strategici
 - 2.3.3 Albero della performance.....Pag.57
 - 2.3.4 Obiettivi di mandato e pianificazione strategica.....Pag.58
 - 2.3.5 Coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione.....Pag.67

- 2.4 Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.....Pag.68
(PTPCI)- Rischi corruttivi e trasparenza
 - 2.4.1 Premessa.....Pag.68
 - 2.4.2 Obiettivi strategici, valore pubblico e collegamento con gli.....Pag.69
strumenti di programmazione
 - 2.4.3 Soggetti e ruoli.....Pag.71
 - 2.4.4 Mappatura dei processi sensibili.....Pag.74
 - 2.4.5 Analisi del contesto.....Pag.77
 - 2.4.6 Misure di prevenzione generali.....Pag.81
 - 2.4.7 Misure specifiche per gli interventi finanziati con i fondi PNRR.....Pag.88
 - 2.4.8 Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.....Pag.88
(c.d. whistleblower)
 - 2.4.9 Pantouflage.....Pag.88
- 2.5 Trasparenza.....Pag.89
 - 2.5.1 l'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e.....Pag.89
diffusione delle informazioni
 - 2.5.2 Il diritto di accesso.....Pag.90
 - 2.5.3 Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione e.....Pag.90
di trasparenza
 - 2.5.4 Monitoraggio e riesame.....Pag.90
 - 2.5.5 Monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure.....Pag.91
 - 2.5.6 Riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione.....Pag.92
del rischio

• SEZIONE 3. Organizzazione e Capitale Umano.....Pag.93

- 3.1 Struttura organizzativa.....Pag.94
 - 3.1.1 I Dipartimenti ad attività integrata.....Pag.94
 - 3.1.2 Dipartimenti interaziendali.....Pag.95
 - 3.1.3 Strutture in staff alla Direzione Generale.....Pag.96
 - 3.1.4 La Direzione Medica.....Pag.96
 - 3.1.5 I servizi amministrativi e tecnici.....Pag.97
- 3.2 Organizzazione del Lavoro agile.....Pag.97
 - 3.2.1 Lavoro agile.....Pag.97
 - 3.2.2 Lavoro da remoto.....Pag.101
- 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di personale.....Pag.105
 - 3.3.1 Fabbisogno di personale.....Pag.105
 - 3.3.2 Obiettivi del Piano.....Pag.109
- 3.4 Piano della Formazione.....Pag.110
 - 3.4.1 Il quadro generale.....Pag.110
 - 3.4.2 I nuovi bisogni formativi dei professionisti sanitari.....Pag.110
 - 3.4.3 Il contesto organizzativo e normativo del PAF.....Pag.111
 - 3.4.4 L'analisi dei bisogni formativi e lo sviluppo del PAF.....Pag.111
 - 3.4.5 Pari opportunità ed equilibrio di genere.....Pag.113
 - 3.4.6 Obiettivi aziendali.....Pag.114
 - 3.4.7 Il Dossier formativo.....Pag.115

• SEZIONE 4. Monitoraggio.....Pag.116

Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) è un documento unico di programmazione e governance introdotto con decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, art.6, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che sostituisce i precedenti piani di settore facendoli convergere in un documento di programmazione unico.

Con tale normativa si è disposto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il predetto Piano entro il 31 gennaio di ogni anno.

Con Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 è stato poi emanato il “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” attraverso il quale le pubbliche amministrazioni conformano il PIAO alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato allo stesso, che ne forma parte integrante.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano individua, altresì, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni sulla soddisfazione dell'utenza.

Con l'introduzione del PIAO, quindi si intende assicurare la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per i cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del

D.lgs.150/2009 e della Legge 190/2012, , ed essendo caratterizzato per la sua dinamicità, gli consente di essere aggiornato per rispondere a nuove disposizioni legislative, linee guida o priorità strategiche, garantendo così la conformità alle normative e la coerenza con gli obiettivi istituzionali.

Come detto il Piano, in un'ottica di massima semplificazione, assorbe molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra i quali:

- Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP) e Piano delle Azioni Concrete (PAC);
- Piano per la Razionalizzazione nell'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Piano di Azioni Positive (PAP).

Il PIAO è strutturato nelle seguenti quattro sezioni, le quali sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrative e gestionali:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione pubblica**, che contiene i dati identificativi dell'Amministrazione.
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione:**
 - Valore pubblico, ovvero la capacità delle amministrazioni pubbliche di generare e sostenere benefici per la collettività.
 - Performance, ovvero l'espressione di un risultato che un'intera organizzazione, con le sue singole articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.
 - Rischi corruttivi e trasparenza, ovvero analisi delle dinamiche che possono favorire un contesto corruttivo, adattando un sistema di gestione del rischio ex ante e contestuale accessibilità totale alle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione.
3. **Organizzazione e capitale Umano:**
 - Struttura organizzativa, ovvero la base che determina la funzione quotidiana di un'azienda, il modo in cui vengono prese le decisioni ed il modo in cui si lavora insieme.
 - Organizzazione del lavoro agile, riorganizzazione del lavoro in termini di elasticità e flessibilità, al fine di aumentare l'efficacia e l'efficienza della performance e il benessere degli operati.
 - Piano triennale dei fabbisogni di personale;

4. **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

PIAO 2025: Termini e Sanzioni

Per le Pubbliche Amministrazioni, di cui al comma 1, art.6, del D.L. 80/2021, il PIAO è adottato, di norma, entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Tale documento è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e sul sito istituzionale di ciascuna Amministrazione.

La mancata adozione del PIAO produce i seguenti effetti:

- è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del PIAO, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti;
- l'Amministrazione non può procedere ad assunzione di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o collaborazione comunque nominati;
- nei casi in cui la mancata adozione del PIAO dipenda da omissione o inerzia dell'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna Amministrazione, l'erogazione dei trattamenti e delle premialità è fonte di responsabilità amministrativa del titolare dell'organo che ne ha dato disposizione e che ha concorso alla mancata adozione del piano.

Il PIAO include anche i contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e, pertanto, è altresì prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa non inferiore a 1.000 euro e non superiore a 10.000 euro.

SEZIONE 1

Scheda anagrafica dell'Amministrazione

1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

L'Azienda, quale complesso ospedaliero universitario con sede legale a Napoli in Via Santa Maria di Costantinopoli, 104, è stata istituita nell'anno 2004 in applicazione del Decreto Rettorale n. 2870 del 20 luglio 2004.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria- Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, A.O.U. "Luigi Vanvitelli" (da ora), ha acquisito la seguente designazione in quanto il 31 marzo 2015 è intervenuto il cambio di denominazione della Università da "Seconda Università degli Studi di Napoli" (S.U.N.), ad "Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli" con l'approvazione definitiva da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca avvenuta l'8 novembre 2016.

L' A.O.U. Luigi Vanvitelli, ai sensi dell'art. 2 comma 2 lettera a del D.L. 517/ 99:

- Garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università.
- Opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.
- È classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria - Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 517/99 e art. 5, comma 2, del DPCM 24.05.2001, e con il Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università della Campania L. Vanvitelli, adottato con il DGRC n. 655 del 21/11/2024, nel rispetto della sua autonomia giuridica e gestionale e dei principi e dei criteri previsti dal decreto Commissariale 18/2013 e dal DM 70/2015 ai fini di assicurare una coerente integrazione tra l'attività di ricerca scientifica e didattica della Scuola di Medicina e la funzione assistenziale in coerenza con la programmazione regionale.

Si riportano **tabella 1.1**, ai fini di una dettagliata descrizione anagrafica, i seguenti dati:

Tabella 1.1

Elemento	Descrizione
Denominazione	Azienda Ospedaliera Universitaria dell'Università degli Studi della Campania <i>Luigi Vanvitelli</i>
Sede	Via Santa Maria di Costantinopoli, 104, 80138
Codice fiscale	06908670638
Direttore Generale	Dott. Ferdinando Russo
Comparto di appartenenza	Aziende ospedaliere universitarie
Sito web	www.policliniconapoli.it
URP	0815666489, urp@unicampania.it
PEC	protocollo.policliniconapoli.it@pec.it

Personale	1.787 dipendenti al 31 dicembre 2024
Poli di interesse	Sant'Aniello a Caponapoli, Cappella dei Cangiani, Largo Madonna delle Grazie (pronto soccorso ostetrico), Piazza Miraglia
Bilancio di previsione 2025	Pareggio

L'Azienda presenta una molteplicità di strutture di riferimento. Le sedi fisiche in cui si svolgono le attività aziendali, con la specificazione del titolo di appartenenza (proprietà/locazione/comodato d'uso), sono descritte nella tabella che segue **Tabella 1.2**.

Tabella 1.2

Articolazione territoriale e sedi delle strutture aziendali		Titolo di possesso		
		Proprietà Locazione	Comodato d'uso	Altro
Centro Storico	Attività Ricerca Didattica e Assistenza		X	
Cappella Cangiani	Attività Ricerca Didattica e Assistenza		X	
Via Campodisola, 13	- Servizio Risorse Economico Finanziarie - Servizio Legale - Ufficio Personale Gestione Tecnico- Amministrativo	X		
Via De Gasperi, 55	- Servizio Risorse Umane - Servizio Affari Generali - Ufficio Personale Docente e Ricercatore - Ufficio Personale Reclutamento Docente e Ricercatore - Affari generali, trasparenza privacy ed anticorruzione	X		
Via Luigi de Crechio	- Direzione Medica di Presidio - UOC gestione amministrativa del Presidio Ospedaliero - Ambulatori - CUP		X	

	- Ufficio Biblioteche Ateneo				
Palazzo Bideri	- Depositi - Farmacia Centrale AOU - Ufficio Protocollo - Ufficio Relazioni con il Pubblico - Ufficio Servizi Generali Ufficio Segreteria OO.CC. - Ripartizione S.D.D. - Ufficio Patrimonio - Ufficio Tecnico NA - Ufficio Performance e Rapporti AOU - Ufficio Progettazione NA - Ufficio Progettazione per la Sicurezza di Ateneo - Ripartizione P.E.M.S. - Centro di Servizio per la Comunicazione				X
Via Costantinopoli, 104	- Ufficio Segreteria Rettorato - Direzione Generale - Direzione Amministrativa - Direzione Sanitaria - UOC Programmazione Strategica- Controllo di gestione e Rapporti con l'Università Ufficio Protocollo Azienda		X		
Via Pessina, 15	- UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi - UOC Progettazione Manutenzione e Patrimonio Immobiliare - Ufficio Economato		X		

	- Servizio Manutenzione e Progettazione Ingegneria Clinica				
Larghetto S. Aniello a Caponapoli	- Servizio Informativo			X	
Complesso Santa Patrizia	-Ufficio Amministrativo per la Sicurezza -Ufficio Pensioni -Ufficio Stipendi -Ufficio Contenzioso Lavoro -Ufficio Sistemi e Servizi Informatici -Ufficio Reti e Telecomunicazioni			X	

1.2 Mandato istituzionale e Mission aziendale

Con il D.lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999, che regola i rapporti tra SSN e Università e, successivamente, con il DPCM 24 maggio 2001 sono state definite le linee guida della partecipazione delle AOU alla programmazione sanitaria regionale.

In esse, tra le altre cose, si tiene conto:

delle funzioni di supporto ai corsi di diploma di laurea e formazione specialistica e di formazione del personale sanitario, tecnico e della riabilitazione;

del volume ottimale di attività funzionale alle attività didattiche;

del rafforzamento dell'autonomia dell'azienda e del suo potere di organizzazione e gestione.

Quanto sopra, al fine di garantire l'armonico raggiungimento degli obiettivi aziendali, anche attraverso l'Organo collegiale di Indirizzo, nell'ambito del quale Università e Regione sono rappresentate nella funzione "unitaria" di pianificazione e controllo.

Le attività promosse in collaborazione sono le seguenti:

partecipazione della Università alla programmazione sanitaria regionale;

finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie;

criteri e parametri di attività;

organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie;

criteri per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione;

collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e degli operatori del S.S.N.; - compartecipazione delle regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende.

Di particolare rilievo è quanto sancito all'art. 2, II comma di detto DPCM, dove in vista dell'integrazione delle attività assistenziali didattiche e di ricerca si rinvia ai ...protocolli d'intesa stipulati tra la regione o la provincia autonoma e le università, nell'ambito dei quali le parti... indicano i criteri e le modalità attraverso i quali le aziende ospedaliero-universitarie, nonché le altre strutture pubbliche o private, individuate secondo la disciplina in essi prevista, assicurano lo svolgimento dell'attività assistenziale necessaria per l'assolvimento dei compiti istituzionali delle Università in coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, prevedendo, nella propria organizzazione, attività, strutture semplici, strutture complesse e programmi di cui all'art. 5 comma 4 del D.lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999.

Il quadro delineato da questa ultima legislazione individua una nuova tipologia di azienda che si caratterizza per una mission oltremodo complessa, dalla quale l'AOU non può prescindere. Viene richiesta, infatti, un'integrazione tra ricerca, didattica e assistenza, che presuppone un'organizzazione più articolata dell'AOU, improntata alla gestione privatistica e alla partecipazione della regione e dell'università.

Con la nascita nel 2004 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.U.N (successivamente A.O.U. L. Vanvitelli), sono stati sanciti i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, che hanno trovato regolamentazione nel Protocollo di Intesa (d'ora in avanti anche semplicemente "Protocollo"), quello di cui al D.C.A. n.47 del 10/06/2016, giusta delibera n. 680 del 27/7/2016.

In particolare:

l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" art. 2 comma a) d.lgs. 517/99, è istituita per promuovere e disciplinare l'integrazione tra l'attività di ricerca, didattica e assistenza, organizzando quest'ultima in funzione dello svolgimento dei compiti istituzionali della Scuola di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", nel quadro della programmazione nazionale e regionale;

L'attività di ricerca è il fulcro tra l'interconnessione e le sinergie che si creano tra la didattica (aspetto teorico) e l'attività assistenziale, che vede mettere in pratica l'aspetto meramente teorico in un'ottica tesa al miglioramento di queste pratiche. È grazie al dettato del D.lgs. 502 del 30 dicembre 1992 che l'università e il SSN investono sulla formazione degli assistenti in formazione (art.6 comma 2) stipulando specifici protocolli d'intesa per promuovere e migliorare il processo di ricerca e di sviluppo all'interno di queste particolari organizzazioni professionali;

L'insegnamento universitario (didattica) della medicina nonché la formazione generale del medico, ivi comprese le attività di aggiornamento scientifico e culturale del personale nel quadro della formazione professionale permanente (art. 2 legge n. 833 del 23 dicembre 1978) richiedono una complessa attività didattica ed una efficace programmazione che realizzi alcune condizioni fondamentali: accettazione ed utilizzazione di una metodologia didattica centrata su metodi dell'insegnamento/apprendimento che prevedano una

formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione erogata in sede ospedaliera ovvero in altre strutture del SSN.

1.2.1 La Vision aziendale

Il modello di gestione adottato dall'AOU L. Vanvitelli è espressione della pianificazione basata sulle risorse disponibili; quest'ultima è funzione degli indirizzi programmatici della Regione, dai quali l'Azienda non può prescindere per il perseguimento delle proprie finalità e rispetto ai quali orienta la propria azione.

Tali indirizzi, a ben vedere, vanno a configurare il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale, trovando opportuna formalizzazione anche nel documento “programmatico di attività e programmazione per l'integrazione della ricerca didattica e assistenza,” redatto ai sensi dell' art. 4 comma 4 D.L.517/99.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano sui seguenti elementi, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

1. **L'Integrazione Ospedale-Università:** l'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e leale collaborazione con l'Università e con la Scuola di Medicina, finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali. A tal fine:

promuove un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa;

definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza.

2. **Il sistema del governo aziendale:** l'Azienda individua ed attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici e promuove l'innovazione assistenziale. A tal fine:

- a) adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti del Protocollo di Intesa sottoscritto fra Regione ed Università, la cui presa d'atto è stata effettuata con DGRC n. 368 del 18/07/2024, come modificata dalla DGRC n. 655 del 21/11/2024, delibera aziendale AOU n. 15 del 13/01/2025;
- b) definisce gli strumenti per la realizzazione dei programmi di Governo Clinico e di Governo Finanziario;
- c) valorizza le persone e lo sviluppo delle professionalità.

L'attività intramuraria: L'Azienda, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria (ALPI) quale attività in grado di:

- contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;

- rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
- garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.

Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale: l'Azienda promuove il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliero-universitaria di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:

- adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria regionale;
- ricerca percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra azienda e territorio;
- promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra regionale;
- garantisce i LEA e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'equilibrio di bilancio: costituisce condizione imprescindibile per la vitalità dell'azienda dove si coniuga l'azione di allocazione delle risorse in funzione di attività "di salute" pubblica mediante piani di offerta efficaci e appropriati e consoni alla vocazione di un'azienda universitaria.

A tale fine sono oggetto di ripensamento le attuali modalità di controllo di gestione che, partendo dalla piena applicazione delle indicazioni regionali, da ultimo il DCA n. 67 del 30 agosto 2019 (recepito con deliberazione n.33 del 13 settembre 2019), tende alla elaborazione di un nuovo sistema dei controlli che preveda:

l'individuazione delle classi di flussi informativi utili ad alimentare il controllo dei dati e le modalità della loro raccolta e la individuazione del campione;

la definizione delle logiche di alimentazione e funzionamento del modello; la predisposizione di un sistema di reporting costituito da un set di strumenti standardizzati di rappresentazione dei fenomeni gestionali "per destinazione", omogeneo su base regionale.

Il sistema articolato sulla verifica della congruenza tra obiettivi e scelte operative attuate, assolverà al ruolo di supporto all'attività di pianificazione e sarà elemento propedeutico per l'attivazione del sistema di budget e per il controllo direzionale.

1.3 Governance

1.3.1 Direzione Strategica

La Direzione strategica è composta dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo e definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali dei quali ne controlla la realizzazione.

La funzione prioritaria della direzione strategica è il coordinamento delle principali attività di governo clinico e finanziario.

La **tabella 1.3** enuclea i componenti della Direzione strategica dell'A.O.U. con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

Tabella 1.3

Componente	Ruolo
Dottore Ferdinando Russo (nominato con Deliberazione di Giunta Regionale della Campania 330 del 21.06.2022. Deliberazione aziendale n. 1 del 9/8/2022)	Direttore Generale
Dottore Pasquale Di Girolamo Faraone (deliberazione n. 2 del 9/8/2022)	Direttore Sanitario
Dottore Salvatore Guetta (deliberazione n. 96 del 1/2/2024)	Direttore Amministrativo

1.3.2 Organi dell'A.O.U.

Collegio Sindacale

Il Collegio sindacale è l'organo dell'Azienda che esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile sull'attività dell'azienda stessa, vigila sull'osservanza delle leggi e verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili. (D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)

Con delibera del D.G. n.137 del 28/02/2023 è stata disposta la nomina dei nuovi componenti del collegio sindacale, in carica per il prossimo triennio a far data dall'effettivo insediamento.

La **tabella 1.4** enuclea i componenti del Collegio Sindacale dell'AOU con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

Tabella 1.4

Componente	Ruolo
Prof. Riccardo Macchioni	Componente nomina Ateneo Vanvitelli
Dott. Renato Cascone	Componente nomina Ministero Salute
Dott. Antonio Baldassarre	Componente nomina Ministero Economia e Finanze

Organo di indirizzo

L'Organo di Indirizzo è un organismo previsto dalle norme che disciplinano i rapporti tra SSN ed Università (D. Lgs. 517/99) ed ha la funzione di garantire la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'AOU con la programmazione didattica e scientifica dell'Università, nonché di verificare la corretta attuazione degli obiettivi e della programmazione delle attività, con particolare riferimento ai DAI. In attesa della nomina ufficiale dei suoi membri, si rappresenta che l'Organo d'indirizzo è nominato dal Presidente della Regione, ha durata quadriennale ed è costituito dai seguenti membri

scelti per carica istituzionale o tra esperti di riconosciuta competenza in materia di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari e di formazione e ricerca:

- a) il Presidente, nominato dal Presidente della Regione d'intesa con il Rettore;
- b) il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia;
- c) un dirigente della Direzione Generale della Tutela della Salute della Regione Campania designato dal Direttore Generale della Tutela della Salute;
- d) un membro designato dall'Università, nominato dal Rettore;
- e) un membro della Regione, designato dal Presidente della Regione.

Tenuto conto della recente sottoscrizione del Protocollo d'Intesa, è in atto la procedura di nomina dei membri del predetto organismo.

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è un organismo a valenza tecnica, deputato a supportare e fornire consulenza al Direttore Generale nel perseguimento della mission aziendale e nel governo complessivo dell'azienda: dalla programmazione alla organizzazione, dalla gestione allo sviluppo, dall'attività clinica alla valutazione e verifica degli obiettivi.

Così come declinato nel Protocollo d'intesa, Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo, dai Direttori dei DAI e dai Direttori dei Dipartimenti Universitari in quanto strutture di coordinamento delle attività di ricerca e didattica (art. 6 Legge 240/2010) e dal Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia. Ad esso si applicano le disposizioni di cui all'art. 17 del d.lgs.502/1992 e s.m.i. e della legge regionale 23.12.2015, n. 20.

1.3.3 Organismi di controllo e Comitati

Organismo Indipendente di Valutazione della performance

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) è un organo nominato in ogni amministrazione pubblica per presiedere, in modo indipendente, il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale (D. Lgs. n. 150/2009 art. 14).

L'OIV supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

Svolge inoltre compiti di verifica in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione per i quali si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012 così come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA) e dal d.lgs. 33/2013, nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione.

La **tabella 1.5** enuclea i componenti dell'OIV dell'AOU, come da deliberazione n. 400 del 14/05/2024, con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

Tabella 1.5

Componente	Ruolo
Prof. Giuseppe Sannino	Presidente
Dott. Roberto Aponte	Componente
Avv. Guido Verderosa	Componente

Comitato Etico

Il Comitato Etico valuta, in piena autonomia ed indipendenza di giudizio, le condizioni di eticità dei protocolli di sperimentazione in relazione all'oggetto della sperimentazione, alle condizioni e alle modalità con cui è programmata, ai soggetti su cui si applica ed ogni altra circostanza eticamente rilevante. In particolare, ha "la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela" (D.M. 12 maggio 2006, al D. Lgs. 6 novembre 2007, n. 200).

Premesso che il decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2023 recante "Individuazione di quaranta comitati etici territoriali" ai sensi del comma 7 dell'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, ha previsto per la Regione Campania tre Comitati Etici Territoriali, individuati con Delibera della Giunta Regionale n. 224 del 27.04.2023 nella quale è stata definita la "Riorganizzazione dei Comitati Etici Territoriali (CET) della Regione Campania" individuando l'A.O.U. Vanvitelli come sede e Segreteria Tecnico Scientifica del Comitato Etico Campania 2, istituita con Delibera del D.G. n. 451 del 22/6/2023 comprendente: "Comitato Etico Campania Sud" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi di Aragona" con l'Università di Salerno, dell' A.S.L. Napoli 3 Sud, A.S.L. di Salerno e dei Presidi Ospedalieri e Case di cura del territorio di loro competenza e "Comitato Etico Università Vanvitelli - A.O.R.N. dei Colli" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica dell'A.O.U. Vanvitelli con l'Università Vanvitelli e dell'A.O.R.N. dei Colli.

A seguito del decreto dirigenziale n. 247 del 10/5/2023 recante l'"Avviso pubblico per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per l'individuazione dei componenti dei comitati etici territoriali istituiti in Regione Campania e per la formazione dell'elenco degli esperti esterni a supporto dei comitati etici territoriali", con Decreto Presidente Giunta n. 65 del 16/06/2023, sono stati individuati i componenti come nella **tabella 1.6** di seguito:

Tabella 1.6

Componente	Ruolo
Prof. Claudio Napoli	Presidente - esperto di bioetica
Prof.ssa Carolina Ciacci	Vicepresidente - in relazione allo studio di prodotti al sull'uomo, esperto in nutrizione
Dott. Alfredo Budillon	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Prof. Giuseppe Paolisso	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica

Dott. Giovanni Di Minno	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Prof. Raffaele Marfella	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Dott. Rosalba Tufano	clinico esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive
Dott. Alessandro Perrella	clinico esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive
Dott. Vincenzo Schiavo	medico di medicina generale territoriale
Dott. Giuseppina Tommasielli	medico di medicina generale territoriale
Dott. Claudia Mandato	Pediatra
Dott. Paolo Chiodini	Biostatistico
Dott.ssa Amelia Filippelli	Farmacologo
Dott. Adriano Vercellone	farmacista ospedaliero
Dott.ssa Stefania Cascone	farmacista ospedaliero
Dott. Antonio Froncillo	esperto in materia giuridica
Dott.ssa Gaetana Paesano	esperto in materia giuridica
Dott. Guglielmo Lima	esperto in materia assicurativa
Dott. Carmen Sementa	medico legale
Dott. Gianluca Marino	Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessate alla sperimentazione
Dott. Lorenzo Acampora	rappresentante delle associazioni di pazienti o di cittadini impegnati sui temi della salute
Dott. Adriano Cristinziano	esperto in dispositivi medici
Dott.ssa Maria Galdo	esperto in dispositivi medici
Ing. Fabrizio Clemente	ingegnere clinico
Prof.ssa Michelangela Barbieri	in relazione agli studi di genetica, esperto in genetica

1.4 Organizzazione

Per quanto concerne l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda, si conviene che questi ultimi siano disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 517/1999 e art. 5. comma 2 del DPCM del 24 maggio 2001. Con l'atto in parola, l'AOU adotta un modello organizzativo di tipo dipartimentale ad attività integrata (d'ora in avanti anche semplicemente "DAI") quale strumento ordinario di gestione operativa dell'azienda, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

La costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei DAI sono fondati sulla base dei seguenti principi e criteri:

- i DAI devono essere individuati in sede di programmazione concordata tra l'Azienda e l'Università che tenga conto del collegamento della programmazione della Scuola di medicina con la programmazione aziendale;
- i DAI devono coincidere, quanto più possibile, con i corrispondenti Dipartimenti Universitari e devono essere costituiti con l'integrazione di discipline assimilabili sia sul piano scientifico che assistenziale;
- i DAI devono essere organizzati come centri unitari di responsabilità e di costo in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse agli stessi assegnate, l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra ricerca, didattica e assistenza, flessibilità operativa; il direttore del DAI deve assumere responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi, tenendo conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche;
- il funzionamento dei DAI deve essere definito attraverso un regolamento emanato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore.

Con l'Atto Aziendale approvato con DCA n.21 del 22 marzo 2017 e adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università (limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture a direzione universitaria che li compongono, ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 e dell'art. 5, comma 2 del DPCM del 24 maggio 2001), vengono individuate le strutture assistenziali che, nel rispetto dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera, degli standard di cui al D.M. 70/2015 (piano regionale di programmazione della rete ospedaliera), del DCA 33/2016 e dei parametri del DCA 18/2013, dovranno consentire l'integrazione tra attività di ricerca scientifica e didattica. Considerato che, questa Azienda, in termini di indirizzo delle sue attività e orientamento delle successive azioni strategiche, si adegua a quanto sancito dal protocollo d'intesa, definito e sottoscritto tra il Presidente della Giunta Regionale della Regione Campania e dal Rettore ai sensi del D.lgs. 517/1999 e DPCM 24/05/2001 si rappresenta che, vista la recentissima sottoscrizione del protocollo, il Direttore Generale predisporrà il nuovo atto aziendale ai sensi di quanto disposto da: l'art. 3 c. 1 bis del D.l.g. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, "Principi, criteri e indirizzi per Atto Aziendale"; l'art. 3, c. 2 del D.Lgs. 517/99; art. 5 del Decreto Presidente Consiglio dei Ministri, 24 maggio 2001; gli artt. 3 e 12 del Protocollo d'Intesa stilato fra l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e Regione Campania, la cui presa d'atto è stata effettuata con DGRC n. 368 del 18/07/2024, come modificata dalla DGRC n. 655 del 21/11/2024, delibera aziendale AOU n. 15 del 13/01/2025; il presente documento sarà aggiornato alla luce dell'adozione dell'atto aziendale.

Di seguito, all'interno della **tabella 1.7**, è illustrata la dotazione di posti letto per la A.O.U. Luigi Vanvitelli, suddivisa per specialità, così come prevista dalla programmazione regionale ai sensi del D.C.A. n.87 del 5/11/2018 nel quale è indicato il numero massimo di Unità Operative Complesse e il numero massimo di Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali (calcolato a loro volta sul numero di Unità Operative Complesse) a cui l'Azienda deve attenersi.

Tabella 1.7

AOU VANVITELLI		Programmazione		
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PL HSP12	PL	UOC
Discipline con posti letto				
1	Allergologia			
2	Day hospital			
3	Anatomia e Istologia patologica			1
5	Angiologia			
6	Cardiochirurgia infantile			
7	Cardiochirurgia()			
8	Cardiologia (")			
9	Chirurgia Generale	57	90	2
10	Chirurgia Maxillo Facciale	4	6	1
11	Chirurgia Pediatrica	2	10	
12	Chirurgia Plastica	9	8	1
13	Chirurgia Toracica	10	12	1
14	Chirurgia Vascolare		2	
18	Ematologia		4	
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb	9	12	1
20	Immunologia e centro trapianti			1
21	Geriatrics	0	10	
24	Malattie Infettive e Tropicali	14	14	1
25	Medicina del Lavoro		3	
26	Medicina Generale	32	33	2
27	Medicina legale con posti letto			1
29	Nefrologia	6	18	1
30	Neurochirurgia ()			
31	Nido*	10	0	
32	Neurologia	12	24	1
33	Neuropsichiatria Infantile	8	15	
34	Oculistica	2	16	1
35	Chirurgia orale, Odontoiatria e Stomatologia		6	
36	Ortopedia e Traumatologia	12	10	
37	Ostetricia e Ginecologia	13	16	1
38	Otorinolaringoiatria	8	8	1
39	Pediatria	7	20	1
40	Psichiatria	19	32	2
42	Tossicologia			
43	Urologia	5	4	1
47	Grandi Ustionati			
48	Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)			
49	Terapia Intensiva	12	16	1
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia (")			

51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza			
52	Dermatologia		6	1
54	Emodialisi			
55	Farmacologia clinica			1
57	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostet	1	0	
58	Gastroenterologia	9	12	1
61	Medicina nucleare senza posti letto			
62	Neonatologia	10	12	
64	Oncologia (con posti letto)	14	8	
65	Oncoematologia pediatrica	10	10	
66	Oncoematologia			1
68	Pneumologia			
69	Radiologia			
70	Radioterapia			
71	Reumatologia	4	12	1
73	Terapia Intensiva Neonatale	10	10	
76	Neurochirurgia pediatrica			
77	Nefrologia pediatrica			
78	Urologia pediatrica			
97	Detenuti			
98	Day surgery			
99	Terapia del dolore			
Discipline senza posti letto				
s34	Igiene ospedaliera			1
S40	Medicina legale			1
S41	Medicina Nucleare (senza posti letto)			
S42	medicina nucleare senza posti letto			
S43	Medicina preventiva del lavoro e radioprotezione			
S44	medicina sportiva			1
S45	Microbiologia e virologia			1
S46	Neurofisiopatologia			
S47	Neurologia			
S48	Neuropsichiatria Infantile			
S49	Neuroradiologia			
S50	Nutrizione Clinica			
S51	Oncologia senza pl			
S52	Organizzazione dei servizi ospedalieri			
S53	Osservazione Breve Intensiva			
S54	Patologia chimica-Microbiologia			
S55	Patologia Clinica			1
S56	Pneumologia			
S57	Programmazione sanitaria			
S58	pronto soccorso e obi			
S59	pronto soccorso infett ed accettazione			
S6	BASCO			
S60	Psicologia clinica			

S61	Radiodiagnostica			
S63	Radioterapia Oncologica			
S64	rischio clinico			
S65	Sala operatoria			
S66	Servizio 118			
S67	Servizio di cardiologia			
S68	Servizio di Pneumologia			
S69	Servizio professioni sanitarie e infermieristiche			
S7	Biochimica Clinica			
S70	Servizio trasfusionale			
S71	sicurezza delle cure e controllo qualità			
S72	Terapia del dolore (senza posti letto)			
S73	Tossicologia			
S74	trauma center			
S75	Radiologia senza pl			1
S76	Allergologia senza pl			
S8	biologia molecolare			
S9	C.O.R.E.C.O.T.			
TOTALE OFFERTA PER ACUTI			459	33
28	Unità spinale			
56	Recupero e riabilitazione funzionale		20	1
60	Lungodegenti			
75	Neuroriabilitazione			
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE			20	1
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		299	479	34

L'Azienda è attualmente articolata in otto Dipartimenti ad Attività Integrata (di seguito anche "DAI") e da aggregazioni di specialità medico/chirurgiche, composte da Unità Operative Specialistiche. Il dipartimento rappresenta l'unità organizzativa fondamentale dell'Azienda e associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari, integrandole con funzioni di didattica e di ricerca dei Dipartimenti di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". L'organizzazione dipartimentale dell'AOU trova il suo scopo nell'assicurare il funzionamento unitario e omogeneo delle strutture che lo compongono, al fine di valorizzarne le competenze in un clima di stretta collaborazione. Inoltre, attraverso l'integrazione con le attività di didattica e di ricerca, l'attività di assistenza viene ottimizzata in termini sia quantitativi che qualitativi, attivando una ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali.

I DAI in cui è articolata l'AOU sono di seguito elencati:

DAI Medico Chirurgico ad Alta Specialità

DAI Chirurgia, Ortopedia ed Epatogastroenterologia

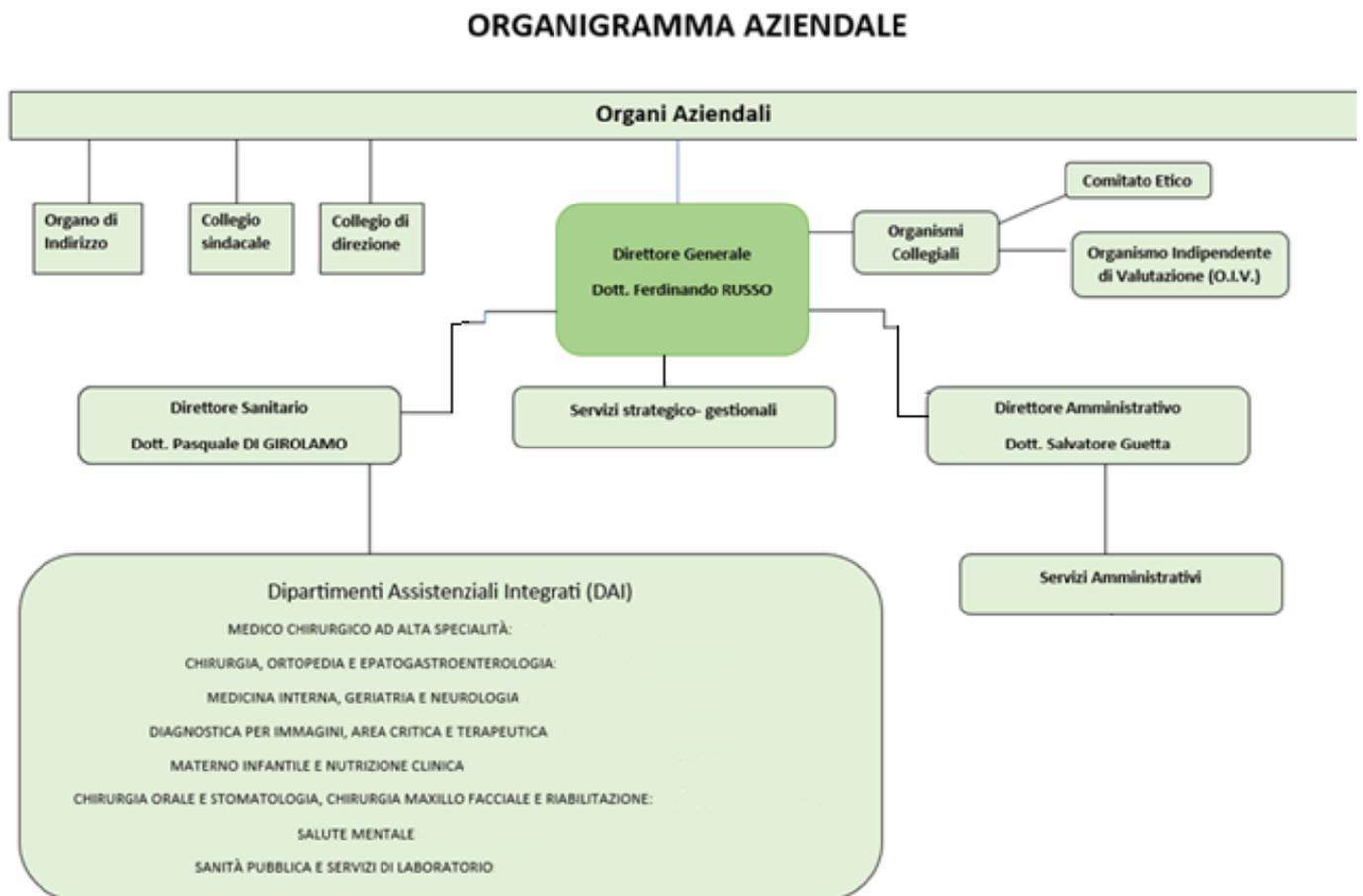
DAI Medicina Interna, Geriatria e Neurologia

DAI Diagnostica per Immagini, Area Critica e Terapeutica

- DAI Materno Infantile e Nutrizione Clinica
- DAI Chirurgia Orale e Stomatologia, Chirurgia Maxillo Facciale e Riabilitazione
- DAI Salute Mentale
- DAI Sanità Pubblica e Servizi di Laboratorio

Quattro principali tipologie di strutture – Unità operative complesse (U.O.C.), Unità operative semplici (U.O.S.) , Unità operative semplici dipartimentali (U.O.S.D.) e Programmi (D.lgs. 517/99 art. 5 comma 4).

Di seguito si riporta lo schema che illustra l’articolazione aziendale:



A corredo dell’elencazione appena fornita, per il dettaglio delle UU.OO. si rimanda al seguente link:

<https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/resolutions/download/resolutions/94050>.

Sono stati inoltre attivati i seguenti dipartimenti per la gestione interaziendale di attività sanitarie in coerenza con la propria missione:

- Dipartimento interaziendale integrato di Oncologia Pediatrica con l'AORN Santobono Pausilipon (D.C. n. 33 del 2016);
- Dipartimento interaziendale integrato di Nefrologia Clinica e Sperimentale AOU-Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e AORN "Azienda dei Colli" finalizzato alla realizzazione di una organizzazione territoriale di assistenza al paziente nefropatico (del. 839 del 29.9.2014).

L'offerta assistenziale è stata integrata con Strutture centralizzate di:

- Servizio di pre-ospedalizzazione;
- Poliambulatorio per attività istituzionale e attività Intramoenia.

1.5 Rete delle emergenze

Il Piano Ospedaliero regionale ai sensi del DM 70/2015 classifica l'A.O.U. L. Vanvitelli quale DEA di II livello e ne ha specificato la partecipazione alla rete delle emergenze-urgenze come esigenza programmatica al fine di decongestionare l'area metropolitana.

A tale programma questa Azienda partecipa attivamente con:

- la Terapia intensiva Neonatale (trasferita dall'Ospedale Annunziata con dec.28 del 10/03/2015), ricompresa nella rete territoriale delle emergenze pediatriche in una struttura completamente rinnovata e all'avanguardia;
- la Ostetricia e Ginecologia con accettazione ostetrica H24 (fino a dicembre 2015 clinicizzata presso il presidio della ASL 1 dell'Ospedale Incurabili), che è stata riportata "in House" presso i locali di S. Aniello a Caponapoli completamente ristrutturati;
- la Rianimazione del Centro storico e di Cappella Cangiani;
- la Diabetologia pediatrica;
- U.O.C. di "Psichiatria D'urgenza" sita a Piazza Miraglia
- con decreto Regionale (DCA 1/2015) la AOU "LUIGI VANVITELLI" è stata individuata tra le Aziende sanitarie che partecipano al processo di decongestionamento dell'Ospedale Cardarelli offrendo la disponibilità di posti letto di medicina e di chirurgia presso il presidio Cappella Cangiani;
- da luglio 2016 rende disponibili posti letto di medicina e chirurgia del Centro Storico per il decongestionamento dei presidi ospedalieri di emergenza-urgenza della ASL 1;
- l'AOU Luigi Vanvitelli è identificata nel D.C.A.33/2016, quale Spoke di II livello nella rete della Terapia del Dolore; a tal fine nel DAI di Diagnostica per immagini, area critica e terapeutica è stata identificata a svolgere le attività previste all'interno della UOC di Anestesia, Analgesia e Rianimazione la U.O.S. di Tossicologia di Urgenza e Terapia del Dolore.

1.5.1 Centri oncologici di riferimento polispecialistici universitari o a carattere scientifico (CORPUS) e Gruppi oncologici multidisciplinari (GOM)

La Regione Campania con il DCA n.98 del 20.09.2016 ha individuato questa Azienda Centro di II Livello/CORPUS e Centro di I fascia chirurgica per le patologie neoplastiche previste nel DCA, intendendo per CORPUS quei Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico cui demandare, oltre alle funzioni già attribuite ai CORP (aggregato funzionale di Unità Operative Complesse, Unità Semplici, Unità Dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di Assistenza, all'interno [...] delle Aziende [...]dove ogni CORP ha un suo Coordinatore, nella veste del Dirigente Medico di II livello con carica di Direttore dell'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda presso cui ha sede il CORP”), alcune funzioni peculiari, tra cui “la promozione e lo sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altri centri della Rete in ambito regionale e nazionale”.

Inoltre, nel summenzionato citato decreto si dispone che siano attuati, nei centri sede di CORP, i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) patologie-specifici, quali centri interdisciplinari in cui effettuare la presa in carico della persona affetta da tumore e la definizione del percorso assistenziale più adeguato.

Pertanto, questa Azienda ha attivato alcuni GOM (gruppi oncologici multidisciplinari) costituiti da tutti gli Specialisti previsti per il corretto svolgimento del percorso assistenziale specifico, attraverso la presa in carico globale della persona affetta da patologia oncologica e ha realizzato e reso operativi, presso il polo Centro Storico, locali dedicati all' accoglienza e all'assistenza dei pazienti.

Le figure professionali fondamentali per la costituzione del GOM sono:

- l'Oncologo Medico
- il Chirurgo
- il Radioterapista

In base allo specifico percorso diagnostico terapeutico assistenziale (d'ora in poi PDTA) ed al variare della storia naturale della malattia, prenderanno parte per i loro ambiti di competenza anche altri professionisti che partecipano alla piena realizzazione del Percorso Assistenziale, quali ad esempio:

- ginecologo
- infermiere, tra cui infermiere specializzato nella preparazione ed erogazione di chemioterapie antineoplastiche
- anestesista/rianimatore, anche con esperienza nella gestione di accessi venosi centrali e periferici
- medico esperto nella gestione della terapia del dolore
- genetista/Biologo Molecolare/Biotecnologo Genetista con esperienza nel settore oncologico
- medico di laboratorio
- anatomopatologo/Citopatologo
- farmacista responsabile di servizio U.MA.C. A/U.F.A.
- radiologo

- radiologo Interventista
- medico Nucleare
- fisiatra
- nutrizionista
- psico-oncologo

Ogni singolo specialista può partecipare a più GOM. I GOM devono:

- agire adottando protocolli basati sui PDTA approvati a livello regionale ed aderenti alle più aggiornate linee guida di settore. In caso di scostamento dai PDTA approvati se ne dovrà esplicitare il motivo;
- riunirsi periodicamente per discutere i casi clinici ed il trattamento;
- sviluppare e documentare un'attività di auditing attraverso specifici report annuali;
- garantire la gestione dei problemi che possono insorgere nel paziente, eventualmente riprendendolo in carico;

I provvedimenti deliberativi di riferimento sono i seguenti:

- delibera n. 56 del 19/01/2017 “Individuazione del CORPUS e dei GOM patologia-specifici ai sensi del DCA n. 98 del 20/09/2016”;
- delibera n. 371 del 18/4/2018 “Individuazione dei GOM dell’AOU Luigi Vanvitelli ai sensi del DCA n. 19 del 5/3/2018;
- delibera n. 32 del 21/01/2019 di presa d’atto del DCA n. 89 del 05/11/2018”.

Questa Azienda, ai sensi della Delibera 371 del 18/04/2018, è sede dei seguenti GOM:

- tumori cutanei
- tumore del colon retto
- tumori ginecologici e mammari
- tumore del polmone
- tumori dell'apparato urinario
- tumori gastrici
- tumori eredo familiari
- tumori del distretto testa collo
- tumori del sistema nervoso centrale
- melanoma coroidale
- epatocarcinoma
- colangiocarcinoma
- tumori cutanei non melanoma
- tiroide

Altresì, con Delibera n. 683 del 04/06/2019, sono stati identificati i seguenti GOM integrati A.O.U. Luigi Vanvitelli – Asl Napoli 2 Nord:

- tumore del colon - retto
- tumore della mammella
- tumori eredo familiari
- tumori dell'apparato urinario
- tumore del polmone
- tumori del distretto testa-collo

- tumori gastrici

Con delibera n. 851 del 14/12 2021 vi è la presa d'atto del:" Protocollo di intesa tra "A.O.U. Luigi Vanvitelli" e la "A.S.L. Napoli 2 Nord" per la realizzazione dei GOM interaziendali e relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali PDTA oncologici", finalizzato all'implementazione di attività secondo il modello PDTA per i GOM interaziendali attivi ed attivabili.

- GOM Mammella
- GOM Colon
- GOM Retto
- GOM Stomaco
- GOM Pancreas
- GOM Rene
- GOM Vescica
- GOM Testicolo
- GOM Prostata
- GOM Melanoma della cute
- GOM Melanoma della corioide
- GOM Polmone
- GOM Epatocarcinoma
- GOM Colangiocarcinoma
- GOM Testa-collo
- GOM Tiroide
- GOM Mesotelioma
- GOM Tumori cutanei non melanoma

Sono inoltre già operativi e in corso di formalizzazione con la ASL di Caserta e la AORN S. Anna e S. Sebastiano i seguenti GOM INTERAZIENDALI:

- tumore del polmone
- tumore della mammella
- colangiocarcinoma
- epatocarcinoma
- tumori gastrici
- tumori dell'apparato urinario
- tumore del colon-retto

1.5.2 Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

I costanti mutamenti sociodemografici oltre le necessità derivate dai recenti problemi legati agli eventi pandemici, impongono opportune valutazioni sulle risposte di assistenza sanitaria ai bisogni di salute. Con l'incremento delle malattie croniche, diventa indispensabile ripensare a nuovi modelli assistenziali proiettati in una logica di iniziativa e di presa in carico globale e non più di attesa, tipica delle organizzazioni per acuzie. La A.O.U. Luigi Vanvitelli ha definito "Percorsi Assistenziali" per la presa in carico di alcune patologie metaboliche e cronico- degenerative quali, tra gli altri, il Diabete (con il PDTA del piede diabetico), patologie neoplastiche (mammella, colonretto, polmone ed altre), malattie reumatiche e malattie infiammatorie croniche dell'intestino.

Il PDTA definisce la migliore successione possibile delle attività di cura e assistenza che devono essere svolte per i pazienti che presentano quella particolare malattia, tenendo conto dei saperi, delle competenze, delle conoscenze e delle risorse a disposizione.

Il percorso è formalizzato in un testo scritto, alla cui stesura partecipano tutti gli attori coinvolti nel percorso, ad esempio specialisti della patologia, radiologi, chirurghi, etc., i quali definiscono, nero su bianco, gli obiettivi comuni, i ruoli, i tempi e gli incarichi di ciascun operatore, in una logica multidimensionale e multiprofessionale.

La stesura dei PDTA presenta un duplice vantaggio: da un lato illustra con chiarezza i compiti che devono essere svolti dal personale, con l'obiettivo di standardizzare e uniformare il servizio erogato, dall'altro permette ai pazienti di conoscere quali attività (visite mediche, esami clinici, etc.) dovranno eseguire, con certezza di cura in un percorso assistenziale predefinito ed efficace ed a quali operatori fare affidamento, senza dimenticare l'importanza di disporre di una valorizzazione il più possibile completa.

I PDTA attivati fino ad oggi dall'A.O.U. Luigi Vanvitelli sono:

- Pazienti affetti da tumore della mammella o ad alto rischio eredo-familiare (da Delibera n. 273 del 7-12-2016)
- Preservazione della Fertilità nei pazienti oncologici ed oncoematologici adulti e in età evolutiva (Delibera n. 248 del 18/4/23)
- Patologie rare: Cheratodermie Palmoplantari Ereditarie, Epidermolisi Bollosa Ereditaria, Ittiosi
- Congenita e Pemfigoide Bolloso (Delibera n. 165 del 10/3/23)
- Prevenzione e gestione dell'emorragia del post-partum e del PDTA per la prevenzione e gestione dei disturbi ipertensivi in gravidanza di cui alla D.G.R.C n. 63 del 14.02.2023 (Delibera n. 340 del 16/5/23)
- Diabete Mellito (da Delibera n. 48 del 16/09/2022)
- Malattie rare pediatriche (di cui alle Delibere Regionali nn. 91 e 105 del 2014)
- Pazienti affetti da tumore del colon-retto (da Delibera n. 292 dell'11-5-2017)
- Gestione del "Piede Diabetico" (da Delibera n. 127 del 23-2-2017)
- Paziente affetto da artrite reumatoide tramite una migliore implementazione dell'ambulatorio dedicato all'artrite all'esordio e alla presa in carica del paziente" (da Delibera n. 105 del 16- 22017)
- Pazienti affetti da tumore del polmone (da Delibera n. 370 del 18-4-2018)
- Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) (da Delibera n. 272 del 19-3-2018)
- Pazienti con melanoma (da Delibera n. 259 del 15-3-2018)
- Paziente affetto da Malattia di Parkinson (MP) complicata da disturbi gastrointestinali (DGI) (da Delibera n. 91 del 6-2-2018)
- Tumore della Prostata (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Testicolo (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Melanoma delle corioidee (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Pancreas (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore dello Stomaco (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Rene (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumori del Sistema Nervoso Centrale (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)

- Patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro governance nelle Malattie Rare (da Delibera n. 426 del 20-7-2020)
- Paziente adulto con maculopatia (da Delibera n. 647 del 24-9-2021)
- Pazienti affetti da cefalee (da Delibera n. 646 del 24-9-2021)
- Paziente con insufficienza terminale di organo (rene) (da Delibera n. 638 del 23-9-2021)
- Trapianto di fegato (da Delibera n. 637 del 23-9-2021).
- Polmone e Mesotelioma pleurico (da Delibera n. 303 del 11-4-2024)
- Tumori Eredo – Familiari e contestuale costituzione GOM TEF (delibera n.989 del 31-12-2024)
- Gestione Peri-operatoria del paziente pediatrico (12-14 anni) candidato ad intervento chirurgico per Scoliosi Idiopatica dell'adolescenza (delibera n.618 del 22-7-2024)
- Rachitismo Ipofosfatemico X-Linked (RC0170) (deliberazione n130 del 15-2-2024)

1.6 Centri Riferimento Regionale e Reti Ospedaliere

La A.O.U. Luigi Vanvitelli è centro di riferimento regionale per numerose attività cliniche. Vengono riportati, all'interno della **tabella 1.8**, i Centri di riferimento regionale attivi presso questa Azienda.

Tabella 1.8

Denominazione centro
Centro per la prevenzione e la riabilitazione per l'ipovisione e la cecità in età evolutiva (DGR 474 del 25/03/10)
Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia (D.R.n.2530 del 06/08/2003)
Centro per le Malattie Respiratorie Broncopolmonari
Laboratorio Tossicologico di Riferimento Regionale (D.R. del 15/04/75)
Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (D.D.n. 5 del 13/01/2004 e DGR 4125 del 20/09/02)
Centro per la Prevenzione, Diagnosi e Terapia della Depressione in Gravidanza e nel Post-Partum
Centro per le Malattie Reumatologiche (nota n. 2105 del 30/05/2001 della G.R.C.)
Centro per le malattie Reumatologiche in età evolutiva Progetto ANTARES (nota n. 2105 del 30/05/2001 G.R.C.)
Centro per il registro dei soggetti in trattamento con ormone somatotropo (DGR 9088 del 21/01/96)
Centro per l'Ormone Somatotropo
Centro per la Celiachia (D.G.R.C.3734 19/12/2003)
Centro per la Diagnosi e Terapia delle Talassemie (LR n.2 del 26/02/98)
Centro per la Neurofibromatosi (tipo1) (prot. n. 5201P720002 del 24/06/02)
Centro per l'Oncologia Pediatrica (LR n.2 del 26/02/98)
Centro per la Diabetologia Pediatrica (LR n.2 del 26/02/98)
Centro per la Sclerosi Multipla (DGRC 327 del 01/02/2000)
Centro di medicina speciale per la prevenzione delle malattie neoplastiche dell'apparato digerente (DGR del 10/06/75)
Centro di Riferimento Regionale per il Diabete dell'Adulto (DGRC 664 del 07/02/76)
Centro regionale per le Dislipidemie
Centro Distrofie Muscolari (Cardiomiologia) (DGR n.1362/2005 e n. 400/2010)
Centro Assistenza pazienti AIDS in DH e assistenza domiciliare AIDS (DGRC 1544/2006, DCA 15 del 20/03/2014)
Centro per la diagnosi e la terapia dei deficit dell'ormone della crescita (DPGRC n. 10472 del 07/11/95 e BURC n.24 del 29/04/96)
Centro per pazienti affetti da cheilognatopalatoschisi e malformazioni della bocca - DRGC n.2551 del 22/08/03
Centro regionale per la Microcitemia nota Regione Campania 0516881 del 19/10/2021

1.6.1 Malattie rare

Negli anni, questa A.O.U. ha dedicato grande attenzione al trattamento dei pazienti affetti da Malattie Rare, che costituiscono una categoria particolarmente “fragile”, visto che la ricerca è molto spesso ancora inadeguata e non esiste un interesse preminente da parte dell’Industria Farmaceutica. Per tali motivi, il malato trova difficoltà sia ad ottenere una diagnosi corretta, sia a reperire un Centro adeguato al follow-up e alla terapia, oltre ad avere a disposizione farmaci efficaci per la cura della sua patologia.

Per tutto quanto sopra, di pari passo con l’incentivazione della ricerca nel campo delle Malattie Rare, l’Azienda ha inteso creare un canale assistenziale privilegiato ed altamente qualificato per i c.d. “malati rari” divenendo di fatto un centro di riferimento regionale e nazionale di eccellenza.

È stata costituita una Commissione Aziendale per le Malattie Rare, cui partecipano i Responsabili di tutti i Centri Prescrittori. La Commissione, a sua volta, ha creato un Tavolo Tecnico allargato (normato da un Regolamento dedicato), cui partecipano le UU.OO. interessate e le Associazioni dei Pazienti, tanto al fine di adeguare al meglio l’offerta di servizi ai reali bisogni dell’utenza. Tra le iniziative promosse dal Tavolo Tecnico, si citano in particolare la partecipazione, in ambito Regionale, Nazionale ed Internazionale, alla creazione di Protocolli Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi, finalizzati ad omogeneizzare il più possibile i comportamenti degli operatori nel trattamento delle singole patologie, l’organizzazione di canali privilegiati di accesso dei pazienti alle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali (con tempi di attesa brevissimi) e la promozione di Convegni Aziendali, con finalità prettamente scientifica e divulgativa, dedicati elettivamente al tema delle Malattie Rare.

L’Azienda, inoltre, collabora attivamente con il Centro di Coordinamento Regionale delle Malattie Rare e partecipa ai Tavoli Tecnici Regionali per la Ricerca nelle Malattie Rare e per la gestione delle Emergenze nelle Malattie Rare.

L’A.O.U. ha poi creato un Sito Web dedicato alle Malattie Rare, raggiungibile attraverso il Portale Aziendale (www.policliniconapoli.it) che, oltre a fornire al paziente indicazioni sui servizi forniti, gli consente di contattare direttamente via mail lo specialista, abbattendo i tempi di attesa.

Il risultato di tale impegno è testimoniato dalla numerosità dei pazienti arruolati.

L’A.O.U., in tal senso, è l’Azienda leader in Campania: alla data del 31/12/2023, figurano iscritti nel Registro Regionale Campano delle Malattie Rare 12526 pazienti visitati; di essi, 2820, pari al 22,5%, provengono da fuori Regione, a testimonianza del fatto che la qualità dell’assistenza erogata genera attrattività sull’intero territorio nazionale. Nell’anno 2024 sono stati inseriti nel registro malattie rare n. 671 nuovi pazienti e n. 31 pazienti provenienti da fuori Regione.

Tra le patologie rare a maggior rilievo sociale, trattate nell’ambito dell’AOU, si citano: SLA, Retinopatie ereditarie (con particolare riguardo alla Retinite Pigmentosa), Neurofibromatosi,

Distrofie Muscolari (Duchenne, Becker, Miotonica, Dejerine, Erb, etc.), Glicogenosi, Malattie Mitocondriali, Talassemie, Sferocitosi Ereditaria, Sindrome di Klinefelter, Sindrome di Turner, Connettivite Mista, Connettiviti Indifferenziate, Vasculiti Primitive, etc.

Come Centri di Eccellenza dell'A.O.U. L. Vanvitelli, in tema di Malattie Rare, si citano:

- U.O. di Oftalmologia, Centro di Eccellenza riconosciuto in ambito nazionale ed internazionale per la diagnosi e la cura delle Retinopatie Ereditarie, facente parte della Rete Telethon;
- U.O. di Reumatologia, Centro di Eccellenza per la cura delle Malattie Reumatiche a patogenesi autoimmune;
- U.O. I Neurologia, Centro di Eccellenza per la diagnosi e la cura della SLA e della Sclerosi Multipla;
- U.O. II Neurologia, Centro di Eccellenza per la Cura delle Vasculopatie Cerebrali Croniche
- (es. Alzheimer), della Sclerosi Multipla, della Neurofibromatosi e delle
- Malattie Mitocondriali;
- U.O. di Cardiomiologia e Genetica medica, Centro di Eccellenza di rilievo nazionale ed internazionale per la cura delle Distrofie Muscolari, facente parte della Rete Telethon;
- UU.OO. di Pediatria Generale e Specialistica e di Oncoematologia Pediatrica, Centri di Eccellenza per la cura delle patologie pediatriche di ambito oncoematologico ed endocrinologico;
- U.O. di Endocrinologia, Centro di Eccellenza per le patologie di ambito endocrinologico;
- U.O. di Nefrologia, Centro di Eccellenza per le Nefropatie Rare;
- U.O. di Oncoematologia, Centro di Eccellenza per la cura dei Tumori Rari;
- U.O. di Dermatologia, Centro di Eccellenza per la cura delle dermatopatie rare;
- U.O. di Medicina Interna, Centro di Eccellenza per la cura delle immunodeficienze, delle malattie autoimmuni rare e delle pneumopatie rare;
- U.O. di Epatogastroenterologia, Centro di Eccellenza per la cura delle patologie rare dell'apparato gastroenterico e del fegato.

Tra questi Centri di Eccellenza, cinque (Oculistica, Ematologia Pediatrica, Nefrologia, Malattie euromuscolari e, recentemente, Endocrinologia dell'Adulto e Pediatrica) sono stati selezionati dal Ministero della Salute e sono stati inseriti nella Rete Europea delle Malattie Rare (European Reference Network – ERN), quali Centri accreditati dalla Comunità Europea per la Cura delle Malattie Rare.

1.7 Le risorse

Al sostegno economico finanziario dell'Azienda concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università che dalla Regione Campania.

La Regione Campania concorre con:

- finanziamento delle attività assistenziali nelle modalità stabilite dall'articolo 7 del d.lgs. n.

- 517/99 e nel rispetto dei vincoli fissati dal Piano di rientro del disavanzo;
- finanziamento annuo aggiuntivo per risultati di performance e qualificazione;
- risorse finanziarie indicate nel programma regionale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, ex art. 20 legge 11 Marzo 1988 n. 67;
- finanziamento di nuovi programmi assistenziali;
- finanziamenti per la ricerca clinica determinati in specifici programmi concordati con l'Università e l'AOU;
- finanziamento della spesa sostenuta per i farmaci rientranti nel c.d. "file F" e per i farmaci di fascia H dispensati ai residenti in Campania per l'uso domiciliare, nonché per quelli erogati ai sensi delle deliberazioni di Giunta Regionale nn.4063 e 4064 del 7 luglio 2001 e delle delibere di G.R. n. 737/06 e 1034/06.

L'Università concorre con:

- apporto di personale docente e tecnico – amministrativo universitario utilizzato presso le strutture dell'Azienda alla data di sottoscrizione del protocollo mediante erogazione del relativo trattamento economico fondamentale previsto dai CC.NN.LL.;
- gestione giuridica, fino alla cessazione dal servizio, del personale docente e tecnico – amministrativo universitario utilizzato presso le strutture dell'Azienda alla data di sottoscrizione del protocollo;
- concessione a titolo gratuito dell'uso dei beni immobili sia demaniali che di proprietà dell'Università già destinati in modo prevalente all'attività assistenziale;
- concessione a titolo gratuito dei beni mobili ed attrezzature già utilizzate anche per le attività assistenziali.

La valorizzazione degli apporti di cui a punti precedenti costituisce contributo economico – finanziario all'azienda ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs. 517 del 21 dicembre 1999.

1.8 Lo Stato di “Salute Finanziaria e Patrimoniale”

Di seguito si riportano gli ulteriori dati aziendali di sintesi dell'anno 2023 confrontati con il precedente anno.

Indicatori sintetici aziendali	2022	2023	Var. %
Valore della Produzione	195.406.327,57	200.823.714,75	2,8%
Contributo annuale regionale indistinto	84.814.546,00	92.885.822,87	9,5%
Ricavi prestazioni in mobilità regionale	72.692.924,93	77.188.311,00	6,2%
Ricavi prestazioni in mobilità extraregionale	3.398.597,58	3.353.785,00	-1,3%
Costi della produzione	193.411.028,42	197.338.666,72	2,0%
Crediti al 31/12	55.516.684,71	110.235.263,24	98,6%
Debiti al 31/12	46.399.024,83	41.072.837,18	-11,5%
Disponibilità liquide	109.361.253,31	86.580.870,94	-20,8%

Si riportano inoltre in riferimento all'ultimo bilancio di esercizio adottato dall'AOU, alcuni indicatori che forniscono ulteriori elementi per un'analisi compiuta della situazione finanziaria e patrimoniale aziendale ed una maggiore visione d'insieme sul contenuto degli impieghi e delle fonti aziendali.

Indici di bilancio	2023	2022	Var. %
Margine di struttura¹	42.240.158,58	8.540.183,92	395%
Capitale circolante netto²	42.240.158,58	8.540.183,92	395%
Margine di Tesoreria³	24.400.704,90	- 4.084.969,67	
Indice di autocopertura del capitale fisso	3,06	1,65	86%
Indice di disponibilità⁴	1,14	0,98	17%
Indice di liquidità⁵	1,14	0,98	17%
Indice di Tesoreria⁶	0,15	-0,02	

La totalità degli indici finanziari aziendali presenta valori positivi, migliorativi o confermativi rispetto a quelli determinati nell'anno precedente.

L'azienda presenta una struttura finanziaria e patrimoniale molto equilibrata.

Anche il tendenziale per l'anno 2024 conferma che l'AOU è un'azienda sana e ben equilibrata sia finanziariamente che patrimonialmente.

I risultati economici positivi dell'ultimo quinquennio, unitamente all'assenza di perdite di esercizio da ripianare, dimostrano ulteriormente il consolidamento anche di un sostanziale equilibrio economico seppure fondato sull'attuale ammontare di finanziamento che non può essere oggetto di riduzione.

SERIE STORICA DEI RISULTATI DI ESERCIZIO REALIZZATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI				
2019	2020	2021	2022	2023
342.074	340.936	114.822	364.739	9.448

Si evidenzia che l'ammontare dei debiti pregressi verso i fornitori si è ulteriormente ridotto per la prosecuzione della serrata attività di azzeramento delle partite debitorie pregresse già intrapresa negli esercizi precedenti. Ciò nonostante, l'indice di tempestività dei pagamenti aziendale, ormai, è consolidato ben al di sotto dei 60 giorni previsti dalla legge.

Di seguito l'indice di tempestività dei pagamenti dal 2014 al 2024:

¹ Il margine di struttura, quale differenza tra il capitale netto e le immobilizzazioni nette, serve ad indicare la capacità di copertura con mezzi aziendali.

² Il capitale circolante netto, quale differenza tra il capitale finanziario lordo e le passività correnti, segnala la capacità o l'incapacità di far fronte ai propri impegni finanziari di breve periodo con le risorse della gestione corrente.

³ Il margine di tesoreria, quale differenza tra le liquidità e le passività correnti, segnala se negativo, presenza di tensioni finanziarie di breve periodo.

⁴ L'indice di disponibilità riflette ulteriormente uno squilibrio dell'Azienda sotto il profilo dell'attitudine della gestione a soddisfare gli impegni finanziari a breve.

⁵ L'indice di liquidità indica il complesso delle attività liquide immediate e differite a breve termine che sono destinate a soddisfare gli impegni finanziari legati al passivo corrente. In altri termini offre informazioni sulla capacità che i mezzi liquidi, o facilmente realizzabili, hanno di far fronte agli impegni scadenti entro l'esercizio.

⁶ L'indice di Tesoreria indica l'ammontare delle risorse immediatamente disponibili destinate a soddisfare i debiti del breve periodo.

ITP 2017	ITP 2018	ITP 2019	ITP 2020	ITP 2021	ITP 2022	ITP 2023	ITP 2024
120	62	61	33	8	8	-9	-21

Anche lo stock del debito si è ridotto negli ultimi anni notevolmente anche a seguito di tutte le azioni svolte dalla Direzione Strategica aziendale.

Si riporta di seguito la tabella dello stock del debito, come riportato dalla PCC:

Stock del debito					
31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
34.358.986	30.753.512	21.961.149	9.489.942	4.090.668	1.191.664

1.9 Contesto esterno

Per il triennio 2025-2027, i contenuti di questo PIAO, in continuità con quanto realizzato nel 2024, oltre a discendere dai contenuti della normativa vigente nazionale e regionale, sono principalmente legati agli obiettivi fissati dal documento del Piano di Efficientamento, unitamente a quelli assegnati alla direzione strategica dalla Regione stessa.

Le Aziende Ospedaliere, specie quelle specialistiche, operano in contesti ad elevato grado di pluralismo, per il combinarsi della loro natura pubblica e professionale, che rende rilevante tanto gli stakeholder esterni quanto quelli interni.

Una attenta analisi del contesto è, quindi, una determinante positiva di un ampio e condiviso consenso strategico.

L'analisi del contesto esterno prende a riferimento le variabili significative dell'ambiente in cui l'AOU svolge le proprie attività.

L'attenzione è rivolta ai principali stakeholder in grado di incidere sulla capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

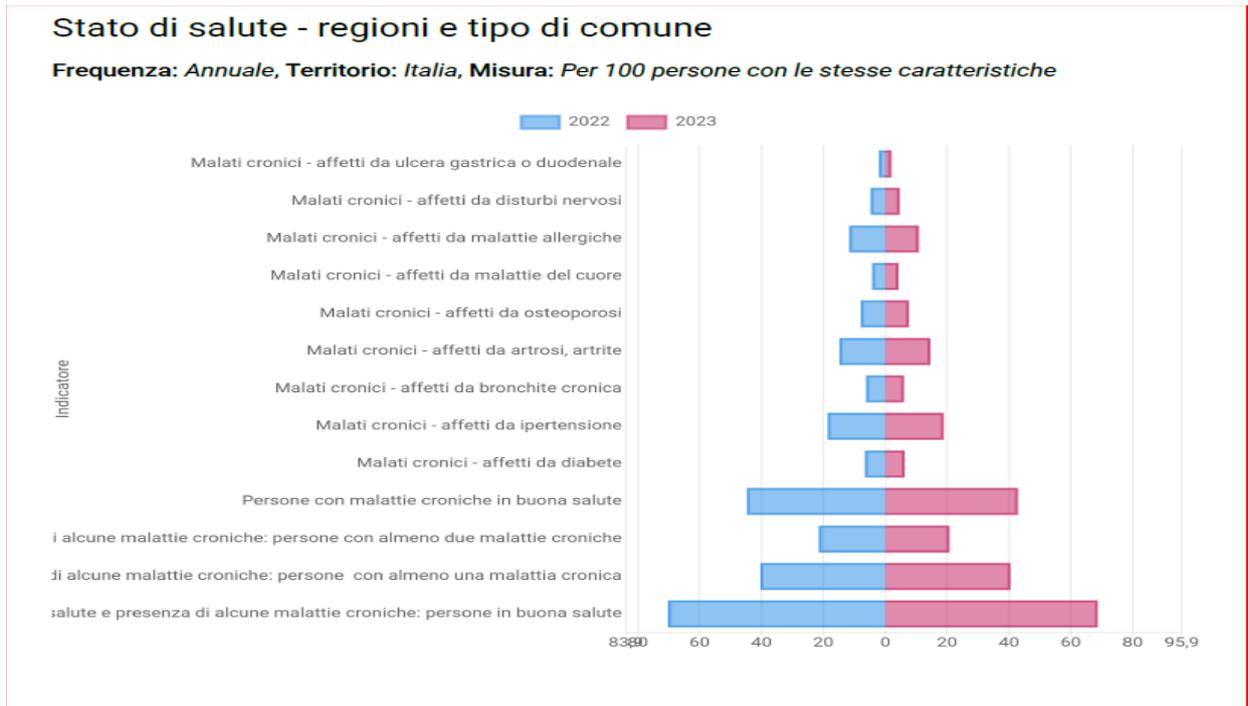
Tra gli stakeholder istituzionali, assumono una particolare importanza il Ministero della Salute, la Regione Campania e le altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale con le quali l'A.O.U. L. Vanvitelli collabora fattivamente anche attraverso apposite convenzioni e protocolli d'intesa.

L'utenza di riferimento dell'A.O.U. Vanvitelli costituisce un altro stakeholder, ed è identificata dalla popolazione della Città metropolitana di Napoli (pari a 2.967.736 di abitanti – (rilevazioni ISTAT – POPOLAZIONE RESIDENTE AL 01/01/2024).

La banca dati **STATBASE**, curata dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), fornisce numerosi indicatori che aiutano a comprendere lo stato della salute e della sanità della città metropolitana.

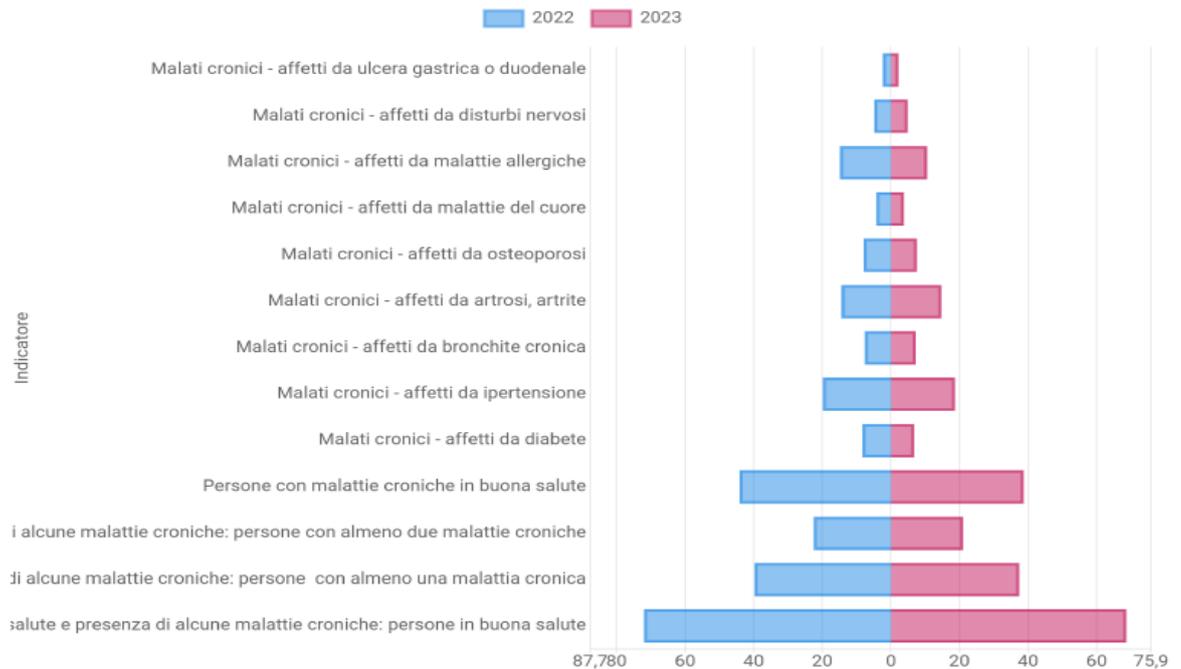
Prendendo in considerazione l'intera regione (unità di analisi più piccola disponibile per l'analisi che segue), è possibile esaminare, per 100 persone che presentano le stesse caratteristiche, lo stato di salute della Campania e quello dell'intero Paese.

Dalla lettura dei grafici sottoindicati è possibile osservare che, per ogni 100 persone che presentano le medesime caratteristiche, la percentuale di malati cronici in Campania è superiore alla media nazionale per la maggioranza delle malattie rilevate dall'ISTAT nell'arco temporale 2022/2023.



Stato di salute - regioni e tipo di comune

Frequenza: Annuale, Territorio: Campania, Misura: Per 100 persone con le stesse caratteristiche



Nell'ambito del contesto appena descritto, l'AOU "Luigi Vanvitelli" rappresenta un punto di riferimento per un bacino di utenza di diverse centinaia di migliaia di cittadini per le attività di ricovero e le prestazioni specialistiche offerte, sia attraverso le strutture del Centro Storico, sia attraverso quelle situate a Cappella Cangiani. Il posizionamento della AOI nel contesto regionale e metropolitano è dovuto anche alle dismissioni di antiche strutture nosocomiali, al significativo ruolo del reparto di Ostetricia e Ginecologia, dotato del pronto soccorso ostetrico e di Terapia Intensiva Neonatale.

1.10 Contesto interno

L'AOI è una realtà ad elevata complessità gestionale e di medie dimensioni che eroga prestazioni di alta specialità grazie alla presenza di professionisti di riconosciuta fama che richiamano utenti anche da altre Regioni, riuscendo, al contempo, grazie alle elevate capacità organizzative presenti a tutti i livelli, ad operare in condizioni di efficienza.

La **tabella 1.9** attraverso l'adozione dello strumento SWOT Analysis e della sua consueta terminologia distingue i fattori endogeni (punti di forza e punti di debolezza) e i fattori esogeni (opportunità e minacce) che influenzano il raggiungimento degli obiettivi che l'Azienda ha fatto propri.

Tabella 1.9

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - Elevate professionalità - Offerta specialistica unica - Centri di riferimento per diverse malattie - Attività di ricerca - Sinergie con polo universitario - Investimenti in tecnologie sanitarie - Frammentazione dei luoghi di cura e delle strutture amministrative 	<ul style="list-style-type: none"> - Processi ICT - Accessibilità delle strutture - Frammentazione dei luoghi di cura
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di intercettare la domanda - Sviluppo nuovi modelli organizzativi (<i>week surgery</i>) - PDTA - Le Reti - Reingegnerizzazione dei processi amministrativi 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistenze al cambiamento - Situazioni emergenziali ancora in essere

I punti di forza sono rappresentati dalle elevate professionalità e dalla tipicità del contesto produttivo, che deve essere sempre in equilibrio con le attività universitarie di didattica e ricerca. Gli ulteriori punti di forza – dall’offerta specialistica e unica all’attività di ricerca – sono tra loro strettamente legati e si influenzano reciprocamente, sviluppando sinergie positive che si ripercuotono positivamente sull’Azienda. L’integrazione tra ricerca didattica e assistenza comporta, tuttavia, una struttura dei costi peculiare.

Uno degli aspetti chiave evidenziati nei rapporti del CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e Sociale) della Bocconi, riguarda i costi superiori sostenuti dagli ospedali universitari rispetto ad altri tipi di strutture sanitarie. Questa differenza è principalmente dovuta alla duplice funzione degli ospedali universitari, che oltre all’assistenza clinica, si occupano anche di ricerca e formazione. Tali attività richiedono investimenti significativi in tecnologie avanzate, personale qualificato e infrastrutture, che incrementano i costi operativi. Inoltre, gli ospedali universitari trattano spesso casi clinici più complessi, il che influisce sui costi medi per paziente e sull’indice di rotazione dei posti letto.

L'AOU L. Vanvitelli ha predisposto il proprio piano tenendo conto di un'analisi globale degli impegni cui è tenuta questa Azienda, nel rispetto delle proprie caratteristiche e specifiche competenze nell'ambito del territorio, nel rispetto del proprio profilo giuridico, nonché in termini di obiettivi quali-quantitativi compatibili con le risorse finanziarie disponibili e in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e del piano della performance per i quali si rimanda alla specifica sottosezione del PIAO.

SEZIONE 2

**Valore pubblico,
Performance ed
Anticorruzione**

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Il Valore pubblico, entrato recentemente in seno alla riforma della PA, costituisce un nuovo approccio concettuale, caratterizzato da una certa potenzialità evocativa, e può essere definito come **l'incremento del benessere reale** (economico, sociale, culturale, ambientale etc.) che si viene a creare nei confronti della collettività. Pertanto, è di tutta evidenza che tale valore è proprio della mission aziendale.

Esso deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, i quali perseguono questo traguardo mobilitando al meglio risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

Il Valore pubblico riguarda, pertanto, sia l'impatto esterno generato dalle PA e diretto ai cittadini, utenti e *stakeholder*, sia le condizioni interne all'ente, nei confronti delle quali deve tendere detto miglioramento, mediante un'azione complessiva orientata verso una prospettiva di medio-lungo periodo con particolare attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui la PA riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

Infine, il Valore pubblico deve essere inteso in termini di funzionamento organizzativo e di processi.

L'AOU è un'azienda professionale ad alto contenuto di capitale intellettuale (*brain-intensive* o *knowledge-intensive*) dove la componente umana, unitamente alla conoscenza dell'organizzazione, costituiscono due delle principali risorse a disposizione per il raggiungimento degli obiettivi strategici prefissati. L'azienda si pone quindi come l'incontro di diverse professionalità (dirigenti, docenti, tecnici sanitari, operatori, unità amministrative di vari profili) in grado di accogliere il paziente come persona nella sua integralità, ed assume la responsabilità di creare valore pubblico mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti professionisti.

L'organizzazione, in virtù di queste premesse, si presenta come un'organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare che non può essere gestita con le classiche regole di un'azienda produttrice di beni di consumo.

La multiprofessionalità insieme ad altri fattori quali la dimensione strutturale e la rigidità della struttura di costo rendono complessa l'azione di orientamento della direzione strategica i cui atti si concretizzano in progetti e azioni che, attraverso i processi organizzativi, determineranno l'erogazione di prestazioni nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia.

I processi assistenziali devono perfettamente integrarsi con gli aspetti di multidisciplinarietà della vocazione aziendale, che trova fondamento nell'opportuna collaborazione sinergica tra le istanze dell'ospedale e dell'università.

In tale contesto l'AOU si impegna a porre i seguenti valori quali principi guida della propria azione strategica:

- **Responsabilità**, in quanto per un'appropriata presa in carico dei bisogni dei pazienti è necessario equilibrare l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo.
- **Trasparenza, il concetto di trasparenza**, favorendo l'accesso da parte della collettività alle informazioni dell'Azienda, uno degli strumenti che permette di prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione
- **Consapevolezza**, che consente il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza.
- **Tutela del bene comune**, in quanto ciascuno è parte dei molteplici segmenti di cui l'attività amministrativa si compone. Per questo la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale.
- **Fiducia e trasparenza**, trattandosi di un'azienda che non produce beni di consumo né servizi da cui l'utente nell'arco della propria vita può prescindere. Il perseguimento della trasparenza e della fiducia, trovano spazio non solo nel versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.
- **Centralità della persona**, che è fulcro dell'attività a più livelli di questa Azienda. Più specificamente ciò che è centrale sono i bisogni e le aspettative del paziente. Il lavoro del policlinico, infatti, è votato alla garanzia dell'accessibilità a tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni al fine di una scelta consapevole, alla capacità dell'organizzazione di rispondere con elevata professionalità, ai bisogni e alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi.
- **Ascolto e apertura**, in quanto la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza delle peculiarità dei pazienti, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'A.O.U. ed il contesto esterno; l'ascolto e l'apertura devono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità e il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico.
- **Evoluzione e flessibilità** poiché è richiesta capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure, non solo come area di attività ma come forma mentis. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica finanche all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale.

In questa sottosezione sono individuati i risultati attesi sia in ragione agli obiettivi generali che specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'azienda, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini più anziani e dei cittadini con disabilità, nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

2.1 Le determinanti del Valore pubblico nell'AOU:

Al fine di perseguire gli obiettivi in ultimo indicati si rende fondamentale:

- credere nel primato delle relazioni umane con le persone che scelgono di curarsi presso questa Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata formazione dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali infatti l'A.O.U. sta ponendo essere diverse iniziative tese alla formazione del proprio personale, aspetto per il quale si rimanda alla specifica sottosezione;
- tendere alla qualità, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;
- assumere con responsabilità la sfida di superare la tradizionale visione del 'paziente-utente' verso quella di un 'cliente', inteso come una persona in grado di scegliere, direttamente o tramite il proprio medico di base, il servizio sanitario più adatto alle proprie esigenze e aspettative tra quelli disponibili sul territorio. Questo implica anche promuovere un ruolo attivo del cliente nel dialogo con il personale sanitario per definire in modo condiviso il proprio percorso di cura.

Seguendo quindi le direttive nazionali e regionali e in linea con la mission e la vision aziendali, si riportano di seguito le principali linee strategiche che l'AOU intende perseguire per incrementare il valore pubblico:

- perseguimento del valore pubblico attraverso l'acquisizione di programmi strategici prioritari con particolare attenzione alla sostenibilità ed al risparmio energetico;
- crescita del livello di qualità dell'assistenza, considerato che anche nella vision aziendale si annovera l'intento di finalizzare l'attività al miglioramento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie;
- miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;
- digitalizzazione.

A. Sostenibilità e risparmio energetico

È anche nell'ottica della sostenibilità e del Risparmio Energetico che è stata formulata sia la Programmazione edilizia 2025-2027 che l'adeguamento/aggiornamento delle tecnologie sanitarie - Programmazione 2025-2027. Naturalmente tali interventi permettono di rendere sempre più efficiente ed efficace il lavoro dei professionisti con quanto necessario alla diagnosi e cura dei pazienti che afferiscono alle varie UU.OO.CC ed ai fini della ricerca connessa. La programmazione edilizia per il triennio 2025-2027 muovendo dalla gestione degli immobili in uso all'Azienda è volta al miglioramento della sicurezza delle strutture e a ristrutturazioni funzionali, necessarie al potenziamento delle prestazioni sanitarie erogate. La gestione degli immobili è prevista attraverso la realizzazione di un insieme coordinato di interventi di manutenzione sia sugli impianti, avvalendosi del contratto di adesione al "Multiservizio Tecnologico" di SoReSa, che sulle strutture, attraverso la gestione di specifici Accordi Quadro. La programmazione è stata suddivisa nel triennio in base a livelli di priorità dettati, nell'ordine: dalla necessità di garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dal migliorare i livelli di sicurezza delle strutture e dalla necessità di potenziare alcuni servizi assistenziali. In coerenza con quanto esposto, tra i principali interventi di manutenzione straordinaria previsti per il 2025 sono state programmate: la realizzazione di nuove centrali tecnologiche, volte

all'adeguamento normativo degli impianti di ventilazione e condizionamento ed al contenimento dei consumi energetici, la realizzazione della nuova cabina elettrica del II Padiglione di Piazza Miraglia, l'ammodernamento degli impianti elevatori a servizio del Polo Centro Storico.

Inoltre, è stata data continuità agli interventi di adeguamento delle strutture alla normativa antincendio, oggetto già nel 2024 di un radicale intervento tecnico, prevedendo un'ulteriore spesa di € 500.000 per il 2025 cui seguiranno interventi di natura strutturale, programmati per il biennio 2026-2027 e per i quali si verificherà l'accesso a finanziamenti dedicati.

Per quanto agli interventi di ristrutturazione, oltre all'attivazione del cantiere dell'edificio di ex Patologia, oggetto di finanziamento specifico del DL 34/2020 ed oggi confluito nei Target PNRR, sono programmati, per il 2025, interventi nei reparti di Endoscopia, Cardio-miologia e Dermatologia che hanno quale obiettivo l'ottimizzazione degli spazi clinici e delle Aree di Attesa e Comfort per i Pazienti. Nella sottostante **tabella 2.1** sono riportati in maniera analitica gli interventi programmati in funzione dei criteri esposti.

tabella 2.1

 Programma lavori straordinari ed impianti triennio 2025-2027						
Prog.	Descrizione Intervento	Fonte di finanziamento	Stima previsionale 2025	Stima previsionale 2026	Stima previsionale 2027	Totale stima oneri triennio
		Costi	2 750 000,00 €	2 600 000,00 €	2 600 000,00 €	7 950 000,00 €
1	Appalto - Convenzione So.Re.Sa. (Conduzione e manutenzione extra canone)		1 400 000,00 €	1 400 000,00 €	1 400 000,00 €	
2	Accordo quadro manutenzioni edili		1 200 000,00 €	1 200 000,00 €	1 200 000,00 €	
3	Conduzione Gas Medicali (solo conduzione e manut impianti)		150 000,00 €	- €	- €	
	Lavori di manutenzione straordinaria (altri appalti)	Risorse proprie	2 120 000,00 €	7 180 000,00 €	5 050 000,00 €	14 350 000,00 €
1	Restauro Prospetti II Padiglione di Piazza Miraglia	2 000 000,00 €		2 000 000,00 €		
2	Restauro Prospetti III Padiglione di Piazza Miraglia	1 800 000,00 €			1 800 000,00 €	
3	Sostituzione centrale tecnologica Blocco operatorio padiglione III EST	240 000,00 €	240 000,00 €			
4	Sostituzione centrale tecnologica Centro Asma Clinica Pediatrica e Oncologia Pediatrica	200 000,00 €		200 000,00 €		
5	Sostituzione Impianto di ventilazione e termoregolazione Centro trasfusionale Primo Livello II Padiglione e reparto Chirurgico	160 000,00 €		160 000,00 €		
6	Sostituzione Impianti elevatori a servizio del Polo Centro storico	1 800 000,00 €	300 000,00 €	750 000,00 €	750 000,00 €	
7	Lavori di manutenzione Straordinaria Reparto di Cardio-miologia Padiglione II EST Piano Terra	450 000,00 €	150 000,00 €	300 000,00 €		
8	Lavori di manutenzione straordinaria Reparto di Endoscopia Digestiva, II Padiglione EST Primo Piano	350 000,00 €	350 000,00 €			
9	Clinica di Ostetricia e ginecologia sostituzione UTA e sistemi di termoregolazione del Blocco Operatorio TIN e PMA	240 000,00 €		240 000,00 €		
10	Sostituzione centrale tecnologica Edificio 9 Via Pansini Clinica Dermatologica e interventi di manutenzione straordinaria del reparto	500 000,00 €	300 000,00 €	200 000,00 €		
11	Sostituzione Cabina elettrica II Padiglione e quadri di bassa tensione 2*630	180 000,00 €		180 000,00 €		
12	Sostituzione Cabina elettrica III Padiglione e quadri di bassa tensione 2*630	180 000,00 €	180 000,00 €			
13	Bonifiche di sistemi di adduzione dell'acqua agli 8 edifici del Polo centro storico e realizzazione dei gruppi di pressurizzazione	200 000,00 €		200 000,00 €		
14	Lavori di manutenzione Straordinaria Padiglione III EST Secondo piano (terapia del dolore)	300 000,00 €		300 000,00 €		
15	Lavori di adeguamento alla normativa antincendio II SCIA	500 000,00 €	500 000,00 €			
16	Lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico III SCIA	5 000 000,00 €		2 500 000,00 €	2 500 000,00 €	
17	Interventi di adeguamento D.lgs. 81/08	250 000,00 €	100 000,00 €	150 000,00 €		
	Lavori di manutenzione straordinaria con fondi regionali/statali	Regione/Stato DL34/2020/PNRR IM6	5 000 000,00 €	2 586 000,00 €	- €	7 586 000,00 €
1	Adeguamento funzionale e tecnologico dell'edificio di Patologia in Piazzetta S. Andrea delle Dame, Napoli.	8 001 100,00 €	5 000 000,00 €	2 586 000,00 €		
	TOTALE		9 870 000,00 €	12 366 000,00 €	7 650 000,00 €	29 886 000,00 €

Tecnologie sanitarie: Programmazione 2024-2025-2026

La Direzione strategica dell'A.O.U. "L. Vanvitelli" è costantemente impegnata nella valutazione delle innovazioni tecnologiche necessarie per il miglioramento e l'implementazione dell'offerta assistenziale, che dovrà essere improntata ai criteri di ricerca e di migliore assistenza nel perseguire la qualità e la efficienza delle prestazioni. Il Parco tecnologico delle apparecchiature elettromedicali è mantenuto previo stipula di contratti di tipo full risk o con le Case Madri o con Società che operano per loro conto in esclusiva per la Regione Campania. Inoltre, a seguito di adesione alla Convenzione S.I.G.M.A. gara Soresa del 2021, il parco tecnologico della A.O.U. "L. Vanvitelli" è mantenuto da una Società esterna che fornisce con una modalità di Global service la manutenzione per il buon mantenimento e funzionamento del parco tecnologico di proprietà della AOU.

Da segnalare che con l'insediamento della nuova governance vengono ripristinate le funzioni della commissione HTA, "Health Technology Assessment". L'HTA può essere considerato un approccio multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, organizzative, economiche, legali, sociali ed etiche delle tecnologie sanitarie, attraverso una valutazione pluri-dimensionale. Il suo obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali delle tecnologie, sia a priori che durante il loro intero ciclo di funzionamento, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società. L' Health Technology Assessment, quindi, si propone di valutare l'efficacia degli interventi sanitari, l'appropriatezza e l'efficienza con cui sono realizzati, i rapporti tra i costi ed i benefici, le ricadute che essi hanno sugli esiti dei pazienti e nelle strutture organizzative del sistema sanitario, fornendo ai decisori valutazioni tecniche quanto più possibile oggettive, necessarie per scelte razionali, trasparenti e sostenibili.

La A.O.U. "L. Vanvitelli" rientra nel finanziamento per l'acquisizione di nuove apparecchiature sia di alta che media tecnologie, ai sensi dell'art.20 legge 67/88, per un importo complessivo di € 15.801.588,00 IVA inclusa come da nota pervenuta dalla Regione con prot.n°890759 dell'18.11.2019. Detto finanziamento comprende anche le eventuali opere edili, là dove necessario, per la installazione e posa in opera delle grandi apparecchiature, oggetto di finanziamento. Tale fondo è in via di esaurimento in quanto già a far data dal precedente anno del 2024 e in continuità per tutto il prossimo 2025 sono state attivate procedure di gara autonome o previa adesione ad Accordi Quadro o Convenzioni stipulate con Consip o con la Soresa.

Nello specifico al di là della rimanenza degli acquisti derivanti dai fondi ex art 20, si è provveduto a redigere un piano di previsione di apparecchiature oggetto di richieste da parte delle varie UU.OO.CC. per l'anno in corso e successivo 2026 in parte quantizzato tenuto conto delle richieste di tipo dinamico che pervengono dai vari Reparti a seguito dell'evoluzione sempre continua della tecnologia nel settore sanitario. Tali acquisti saranno considerati in parte previo utilizzo di fondi dedicati, ed altri previo fondi propri aziendali, come da tabelle qui di seguito riportate (**tabella 2.2 e tabella 2.3**):

Tabella 2.2

N. prog.	PIANO INVESTIMENTI APPARECCHIATURE SANITARIE 2025 2026				
	Reparto richiedente	Apparecchiatura	Costo presunto	2025	2026
1	UOC Pediatria	armadio portaendoscopi pediatria	25.000 €	25.000	
2	UOC Pediatria	bioimpedenziometro pediatria	20.000 €	20.000	
3	UOC Pediatria	sistema videocapsula pediatria	30.000 €	30.000	
4	UOC Pediatria	videocolonscopio pediatria	30.000 €	30.000	
5	UOC Pediatria	lavadisinfettratici endoscopi pediatria	30.000 €	30.000	
6	UOC Pediatria	manometria esofagea ed anoretale pediatria	50.000 €	50.000	
7	Chirurgia Orale e Stomatologica	motore endodontico senza fili ed accessori	70.000 €	70.000	
8	UOC Ginecologia	poltrona pavimento pelvico	32.000 €	32.000	
9	UOC Ginecologia	apparecchio riabilitazione pav. pelvico	25.000 €	25.000	
10	UOC Ginecologia	densitometro ginecologia	60.000 €	60.000	
11	UOC Ginecologia	laser atrofia vaginale ginecologia	80.000 €	80.000	
12	UOC Ginecologia	6 cardiocografi	32.000 €	32.000	
13	UOC Ginecologia	ecotomografo pso	60.000 €	60.000	
14	UOC Ginecologia	ecotomografo sala parto	60.000 €	60.000	
15	UOC Ginecologia	invertoembrionale	100.000 €	100.000	
16	Maxillo Facciale Prof. Laino	radiografico endorale	15.000 €	15.000	
17	Maxillo Facciale Prof. Laino	n.2 bisturi piezoelettrico	70.000 €	70.000	
18	Maxillo Facciale Prof. Laino	2 tavoli operatori	60.000 €	60.000	
19	Maxillo Facciale Prof. Laino	lavastrumenti	20.000 €	20.000	
20	Maxillo Facciale Prof. Laino	stazione di anestesia	35.000 €	35.000	
21	Endocrinologia	Ecotomografo	60.000 €	60.000	
22	Endocrinologia	microscopio a fluorescenza	80.000 €	80.000	
23	Urologia	litotritore endoscopico	35.000	35.000	
24	II Neurologia	monitor multiparametrico	6.000 €	6.000	
25	II Neurologia	elettrocardiografo	8.000 €	8.000	
26	Medicina Fisica e Riabilitazione	treadmill antigravita'	90.000 €	90.000	
27	Medicina Fisica e Riabilitazione	laser alta intensita'	30.000 €	30.000	

28	Medicina Fisica e Riabilitazione	sistema isocinetico multiarticolare	90.000 €	90.000	
29	Ch. Generale, Mininvasiva, oncologica dell'obesità	sistema per anoscopia	60.000 €	60.000	
30	Geriatrica e Med.Interna	N.2 Ecotomografi	60.000 €	60.000	
31	Clinica Psichiatrica	stimolatore magnetico transcranico	193.000 €	193.000	
32	UOC Patologia clinica e molecolare	congelatore verticale range temperature -56/-80°c	30.000 €	30.000	
33	UOC Patologia clinica e molecolare	apparecchiatura per ngs	900.000 €	900.000	
34	Nefrologia e Dialisi	Holter ecg	10.000 €	10.000	
35	Nefrologia e Dialisi	Holter pressorio	6.000 €	6.000	
36	Nefrologia e Dialisi	Microscopio	60.000 €	60.000	
37	Anatomia Patologica	microscopio confocale ex-vivo	300.000 €		300.000
38	Anatomia Patologica	scanner per estemporanea e digital per	500.000 €		500.000
39	Virologia e Microbiologia	analizzatore feci	30.000 €	30.000	
40	Virologia e Microbiologia	sistema di videofluorescenza per diagnostica microbiologica	26.000 €	26.000	
41	Virologia e Microbiologia	invertoscopia per videodiagnostica microbiologica	8.000 €	8.000	
42	Epigenetica Medica	Sistema per estrazione acidi nucleici EZ2	50.000 €		50.000
43	Epigenetica Medica	Sistema di sequenziamento MYSEQ	115.000 €		115.000
44	Patologia Speciale Odontostomatologica	Ecotomografo	130.000 €	130.000	
45	Neurologia	Ecotomografo	30.000 €	30.000	
46	Neurologia	Sistema TELEEEG	25.000 €	25.000	
47	UOSD Medicina Riabilitativa	Sistema unico di laringostroboscopia	75.000 €	75.000	
48	Chirurgia Maxillo-Facciale	bisturi piezoelettrico	60.000 €	60.000	
49	Chirurgia Maxillo-Facciale	Sistema compatto da endoscopia completo di set per scialoendoscopia	85.000 €	85.000	
50	Medicina dello Sport	monitoraggio pressione Monda ed ECG Monda	20.000 €	20.000	
51	Endoscopia Chirurgica	n.2 colonne endoscopiche +videocolonscopio +videogastroscoPIO +videoenteroscopia +videoduodenoscopia +processore ecografico +ecogastroscoPIO	250.000 €	250.000	

52	Ortopedia e Maxillo Facciale		Sistema di neuronavigatore e TC portatile	500.000 €		500.000
53	UOC Dermatologia		MICROSCOPIO LASER CONFOCALE	158.600 €	158.600	
54	Diagnostica Immagini	per	PET/TC	2.196.000 €	2.196.000	
55	Diagnostica Immagini	per	RM	1.098.000 €	1.098.000	
56	Diagnostica Immagini	per	AlignRT sistema per l'introduzione della metodica SGRT per radioterapia	350.000 €	350.000	
57	Diagnostica Immagini	per	Apparecchiatura per Brachiterapia endocavitaria ed intestinale	250.000 €	250.000	
58	Diagnostica Immagini	per	MIN Maestro software per radioterapia per analisi immagini	135.000 €	135.000	
59	Diagnostica Immagini	per	Mammotome sistema per biopsia mammaria in vacuum	80.000 €	80.000	
60	Diagnostica Immagini	per	Octavius Detector TOP SRS matrici per verifica dosimetrica	85.000 €	85.000	

Tabella 2.3

 PIANO DEGLI INVESTIMENTI ATTREZZATURE SANITARIE 2025 2026							
N. prog.	Reparto richiedente	Apparecchiatura	Costo presunto	2025	2026	Fonte di finanziamento	Parere HTA Positivo
1	UOC Pediatria	armadio portaendoscopi pediatria	25.000 €	25.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
2	UOC Pediatria	biompegnometro pediatria	20.000 €	20.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
3	UOC Pediatria	sistema video capsula pediatria	30.000 €	30.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
4	UOC Pediatria	videocolonscopio pediatria	30.000 €	30.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
5	UOC Pediatria	lava disinfezione endoscopi pediatria	30.000 €	30.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
6	UOC Pediatria	manometria esofagea ed anoretale pediatria	50.000 €	50.000		Quote inutilizzate FSR indistinto finalizzato	Non occorre
7	Chirurgia Orale e Stomatologica	motore endodontico senza fili ed accessori	70.000 €	70.000		Fondi propri FSR	Non occorre
8	UOC Ginecologia	poltrona pavimento pelvico	32.000 €	32.000		Fondi PMA e fondi PNM	SI
9	UOC Ginecologia	apparecchio riabilitazione pav. pelvico	25.000 €	25.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
10	UOC Ginecologia	densitometro ginecologia	60.000 €	60.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
11	UOC Ginecologia	laser atrofia vaginale ginecologia	80.000 €	80.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
12	UOC Ginecologia	6 cardiocografi	32.000 €	32.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
13	UOC Ginecologia	ecotomografo pso	60.000 €	60.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
14	UOC Ginecologia	ecotomografo sala parto	60.000 €	60.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
15	UOC Ginecologia	invertombriale	100.000 €	100.000		fondi PMA e fondi PNM	SI
16	Maxillo Facciale Prof. Laino	radiografico endorale	15.000 €	15.000		Fondi propri FSR	Non occorre
17	Maxillo Facciale Prof. Laino	n.2 bisturi piezoelettrico	70.000 €	70.000		Fondi propri FSR	Non occorre
18	Maxillo Facciale Prof. Laino	2 tavoli operatori	60.000 €	60.000		Fondi propri FSR	Non occorre
19	Maxillo Facciale Prof. Laino	lavastumenti	20.000 €	20.000		Fondi propri FSR	Non occorre
20	Maxillo Facciale Prof. Laino	stazione di anestesia	35.000 €	35.000		Fondi propri FSR	Non occorre
21	Endocrinologia	Ecotomografo	60.000 €	60.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Non occorre
22	Endocrinologia	microscopio a fluorescenza	80.000 €	80.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Non occorre
23	Urologia	litotritore endoscopico	35.000 €	35.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Non occorre
24	II Neurologia	monitor multiparametrico	6.000 €	6.000		Fondi propri FSR	Non occorre
25	II Neurologia	elettrocardiografo	8.000 €	8.000		Fondi propri FSR	Non occorre
26	Medicina Fisica e Riabilitazione	treadmill antigrafità	90.000 €	90.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
27	Medicina Fisica e Riabilitazione	laser alta intensità	30.000 €	30.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
28	Medicina Fisica e Riabilitazione	sistema isocinetico multiarticolare	90.000 €	90.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
29	Clinica Generale, Neurovascolare, Oncologica e Dermatologica	sistema per anosopia	60.000 €	60.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
30	Geriatría e Med. Interna	N.2 Ecotomografi	60.000 €	60.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
31	Clinica Psichiatrica	stimolatore magnetico transcranico	193.000 €	193.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
32	UOC Patologia clinica e molecolare	congegnate verticali range temperature -20-80°C	30.000 €	30.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
33	UOC Patologia clinica e molecolare	apparecchiatura per ngs	900.000 €	900.000		Fondi propri FSR	Prossima riunione HTA
34	Neftologia e Dialisi	Holter ecg	10.000 €	10.000		Fondi propri FSR	Non occorre
35	Neftologia e Dialisi	Holter pressorio	6.000 €	6.000		Fondi propri FSR	Non occorre
36	Neftologia e Dialisi	Microscopio	60.000 €	60.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Non occorre
37	Anatomia Patologica	microscopio confocale ex-vivo	300.000 €		300.000	Fondi propri FSR	Prossima riunione HTA
38	Anatomia Patologica	scanner per estemporanea e digital per	500.000 €		500.000	Fondi propri FSR	Prossima riunione HTA
39	Virologia e Microbiologia	analizzatore IFC	30.000 €	30.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
40	Virologia e Microbiologia	sistema di video citofluorescenza per diagnosi microbiologica	26.000 €	26.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
41	Virologia e Microbiologia	microscopio per video citofluorescenza microbiologica	8.000 €	8.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
42	Epigenetica Medica	Sistema per estrazione acidi nucleici EZ2	50.000 €		50.000	Fondi propri FSR	Prossima riunione HTA
43	Epigenetica Medica	Sistema di sequenziamento MYS EQ	115.000 €		115.000	Fondi propri FSR	Prossima riunione HTA
44	Patologia Speciale Odontostomatologica	Ecotomografo	130.000 €	130.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
45	Neurologia	Ecotomografo	30.000 €	30.000		Fondi sperimentazioni	Non occorre
46	Neurologia	Sistema TELEEEG	25.000 €	25.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
47	UOSD Medicina Riabilitativa	Sistema unico di laringoscopia	75.000 €	75.000		Fondi propri FSR	Non occorre
48	Chirurgia Maxillo-Facciale	bisturi piezoelettrico	60.000 €	60.000		Fondi propri FSR	Non occorre
49	Chirurgia Maxillo-Facciale	Sistema compatto da endoscopia completo di set per scialoendoscopia	85.000 €	85.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Non occorre
50	Medicina dello Sport	monitoraggio pressione Monda ed ECG Monda	20.000 €	20.000		Fondi propri FSR	Non occorre
51	Endoscopia Chirurgica	n.2 colonne endoscopiche + video colonscopio + videogastroscoPIO + video enteroscopia	250.000 €	250.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
52	Ortopedia e Maxillo Facciale	Sistema di neuro navigatore e TC portatile	500.000 €		500.000	Fondi propri FSR	Al vaglio della Commissione HTA
53	UOC Dermatologia	MICROSCOPIO LASER CONFOCALE	158.600 €	158.600		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
54	Diagnostica per Immagini	PET/TC	2.196.000 €	2.196.000		Fondi ex art.20	SI
55	Diagnostica per Immagini	RM	1.098.000 €	1.098.000		Fondi ex art.20	SI
56	Diagnostica per Immagini	guida di sistema per rimozione della litotomia SGRTP per radioterapia	350.000 €	350.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
57	Diagnostica per Immagini	apparecchiatura per radioterapia	250.000 €	250.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
58	Diagnostica per Immagini	analizzatore di sistema per radioterapia per analisi immagini	135.000 €	135.000		Aggiornamento tecnologico e fondi vincolati	Prossima riunione HTA
59	Diagnostica per Immagini	ultrasuoni sistema per ecopsia mammaria in 3D	80.000 €	80.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
60	Diagnostica per Immagini	UCLAVIS Detector FOR STERILIZATION per verifica disinfezione	85.000 €	85.000		Fondi sperimentazioni	Prossima riunione HTA
			9.178.600 €	7.713.600 €	1.465.000 €		

Per quanto concerne invece i fondi ex art 20 si rappresenta come comunicato in premessa che parte di essi saranno spesi per l'anno 2025 e altri sono stati già spesi nell'anno 2024.

Si riporta di seguito la **tabella 2.4** con le apparecchiature oggetto di fornitura per gli anni 2024 e prossimo 2025 e anche 2026, in considerazione che alcune di esse sono da considerarsi Grandi Apparecchiature e che necessitano di opere edili per la loro posa in opera quali tra tutte una RM ed una PET/TC:

Tabella 2.4

FORNITURE DI APPARECCHIATURE DI MEDIA E ALTA TECNOLOGIA PREVISTA PER L'ANNO 2025 e 2026			
Rif.	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Sistema di monitoraggio invasivo della pressione neonatale	1	€ 30.500,00
2	Lampada a fessura	1	€ 10.500,00
3	Sistema Monitoraggio Temperature da Remoto con n°05 sonde Ambientali e n°06 sonde per Apparecchiature del Freddo	1	€ 10.370,00
4	Lampade scialitiche su carrello	8	€ 58.560,00
5	Sistema M.O.C. per la U.O.C. Ortopedia	1	€ 51.240,00
6	Sistema per analisi del fondo oculare in modalità combinata luce + OCT per la U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
7	Sistema per biometria scheimpflug con annesso tomografo occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 146.400,00
8	Fornitura di OCT per segmento anteriore occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 150.000,00
9	Fornitura di retinografo ultrawide comprensivo di OCT annesso occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 300.000,00
10	Fornitura di sistema retinografico per pazienti pediatrici occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
11	Fornitura di Biomicroscopio con lampada a fessura fotografica per la U.O.C. Oculistica	1	€ 15.000,00
FORNITURE DI APPARECCHIATURE DI MEDIA E ALTA TECNOLOGIA PREVISTA PER L'ANNO 2025 e anno 2026			

Rif.	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Piattaforme Endoscopiche con sistema di cablaggio audio/video per varie CC.OO. della U.O.C. Chirurgia Generale Laparoscopica mininvasiva e dell'Obesità	4	€ 823.500,00
2	Colonna Toracosopia	1	€ 329.400,00
3	PET/TC per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 2.196.000,00
5	Autoclavi per sterilizzazione strumentario chirurgico per varie CC.OO.	8	€ 590.400,00
6	Sistema di Diagnostica focalizzata ad ultrasuoni Sotto Risonanza Magnetica	1	€ 1.830.000,00
7	Fornitura Risonanza Magnetica per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 1.098.000,00
8	Forniture di lampade scialitiche per varie CC.OO.	10	€ 347.700,00
9	Termociclatori per la U.O.D. Cardiomiologia	2	€ 39.040,00
11	Poltrone Infusione Farmaci	24	€ 52.704,00
12	Microscopio per Camera Operatoria	1	€ 402.600,00
13	Pensili per Camera Operatoria	2	€ 77.584,00
14	Ventilatori Polmonari	2	€ 70.760,00
15	Lampade scialitiche su carrello	8	€ 58.560,00
		TOTALE	€ 9.048.818,00
Apparecchiature Elettromedicali anno 2024 - 2025 - 2026		Costo IVA Inclusa al 22%	€ 9.048.818,00
		Costo IVA Inclusa al 10%	
Lavori posa in opera parte edile ed impiantistica relativa all'installazione di Grandi Apparecchiature quali Risonanza Magnetica e PET/TC			€ 2.816.000,00
Costo Complessivo Forniture (Apparecchiature + Opere Edili)			€ 11.864.818,00

Relativamente all'anno 2025 si evidenzia che il Servizio di Ingegneria Clinica ha effettuato una ricognizione delle tecnologie al momento presenti presso le varie UU.OO.CC. della A.O.U. "L. Vanvitelli", valutando lo stato dell'arte del parco tecnologico. Nello schema qui riportato si è previsto ciò che potrebbe essere oggetto di ammodernamento del parco apparecchiature elettromedicali.

B. Garantire un alto livello di qualità dell'assistenza

Di fondamentale importanza per l'AOU Vanvitelli è garantire un alto livello di qualità dell'assistenza. In quest'ambito si colloca, ad esempio, il tema principale dei tempi di attesa. Il mantenimento degli alti livelli di qualità dell'assistenza è necessario anche per garantire e costituire un polo di attrazione per i pazienti, anche a livello nazionale e sovranazionale. In tal senso risultano di supporto lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, la ricerca e l'innovazione sui servizi.

In questo contesto si calano coerentemente gli aspetti salienti della realtà aziendale dell'AOU, desumibili nelle varie sezioni di questo documento.

L'alto livello di performance dell'assistenza, che l'Azienda intende garantire, viene misurato dai sistemi di valutazione nazionali, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ed il Piano Nazionale Esiti (PNE); questi valutano l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza clinico-organizzativa, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure, mediante lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito dei LEA.

L'A.O.U. riconoscendo l'importanza fondamentale di un'assistenza sanitaria efficiente, ha già intrapreso, coinvolgendo i diversi professionisti, l'Adattamento, Implementazione e Gestione di un Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del percorso diagnostico-terapeutico delle pazienti con sospetta o diagnosticata patologia neoplastica mammaria.

Attraverso questa iniziativa, AOU Vanvitelli mira a ottimizzare i tempi diagnostici, garantendo risposte tempestive per i pazienti e riducendo il periodo di incertezza associato alle condizioni neoplastiche mammarie. Il PDTA servirà come strumento strategico per favorire l'uniformità nelle pratiche cliniche. La centralizzazione e la condivisione efficiente delle informazioni tra operatori sanitari miglioreranno ulteriormente l'integrazione e la personalizzazione delle cure per i pazienti affetti da patologie neoplastiche mammarie. Nel procedere con questo percorso, l'implementazione di questo PDTA non solo manterrà l'impegno per l'eccellenza nell'assistenza sanitaria, ma rafforzerà anche la dedizione dell'A.O.U. Vanvitelli a promuovere pratiche mediche centrate sul paziente e basate sulle evidenze scientifiche.

Inoltre una prossima ambiziosa tappa per l'AOU Vanvitelli mira alla costituzione della prima équipe, nel meridione d'Italia, dedicata all'esecuzione di interventi di trapianto di polmone.

Durante il 2023 si sono tenuti i primi tavoli tecnici multidisciplinari di confronto, atti ad analizzare le necessità strutturali e organizzative che ruotano attorno alla procedura di trapianto di polmone, in tutte le sue fasi; dall'espianto da donatore alla gestione delle Follow-up Post-operatorio del ricevente. Vista la complessità e la delicatezza di questo tipo di procedura, il nostro obiettivo è sviluppare un'équipe altamente specializzata, composta da chirurghi toracici, pneumologi, anestesisti, infermieri specializzati e professionisti sanitari correlati. La sinergia di competenze all'interno di questa équipe garantirà un approccio completo e coordinato a ogni fase del processo di trapianto polmonare.

L'implementazione di questa équipe non solo punta ad accrescere la qualità degli interventi chirurgici, ma rafforzerà anche la capacità di gestire complessi casi di pazienti affetti da gravi patologie polmonari, contribuendo a promuovere un'eccellenza continua nella cura del paziente.

C. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi

Al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema offrendo un'assistenza più conforme ai nuovi bisogni della popolazione, le esigenze fondamentali rimangono il miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale e amministrativa e la garanzia della risposta ai fabbisogni assistenziali, mantenendo l'alto livello qualitativo dei servizi erogati. Una maggiore efficienza dei servizi vuole essere realizzata attraverso, per esempio, il contenimento dei costi sanitari (farmaci, dispositivi, diagnostici in vitro) e non (limite di costo per il personale ed efficientamento energetico), il miglioramento dell'appropriatezza del consumo di farmaci e vigilanza e il fabbisogno del personale.

D. Digitalizzazione

Nel corso del 2024 ad opera dell'U.O. Sistemistica e Telecomunicazioni che si occupa della progettazione, implementazione, sviluppo e sicurezza del flusso informativo aziendale e degli strumenti tecnologici per gestirlo come i device, i software, la rete, la telefonia fissa VOIP e mobile sono stati avviati diversi progetti atti a migliorare l'efficienza, la sicurezza e l'affidabilità dell'intero sistema informativo, nonché ad aumentare le capacità trasmissive e a garantire la corretta conduzione delle procedure nel rispetto delle norme.

2.2 La digitalizzazione

2.2.1 Le attività relative ai progetti avviati:

CED On Premise e Cloud

Gestione Sistemistica manutentiva ed evolutiva sala CED

Gestione Sistemistica manutentiva ed evolutiva dei Sistemi di Virtualizzazione

Configurazione e messa in produzione della nuova Infrastruttura di Iperconvergenza ospitante il Sistema di Virtualizzazione VMware

Gestione Sistemistica manutentiva ed evolutiva di Server Fisici e Virtuali

Gestione Backup dei Server e dei Dati Aziendali

DOMINIO AZIENDALE

Analisi, coordinamento e gestione dell'attuale Dominio Aziendale "AUPSIM" e migrazione al nuovo Dominio Aziendale "AOULV" distribuito On Premise e Cloud compliance alla sicurezza informatica ed alla normativa vigente:

Creazione e gestione delle Unità Organizzative

Creazione e gestione degli utenti con rilascio delle credenziali

Gestione delle Policy di Dominio

Autenticazione degli utenti sui moduli aziendali per mezzo del protocollo LDAP.

POSTAZIONI DI LAVORO

Analisi, coordinamento, gestione assistenza manutentiva ed evolutiva, Hardware e Software dei Personal Computer Aziendali e periferiche informatiche collegate

Analisi, coordinamento, gestione assistenza manutentiva ed evolutiva degli apparati di rete mobile Aziendali

Creazione e gestione delle cartelle dati condivise su File Server Aziendale

Supporto ai dipendenti dell'Azienda per problematiche tecnico operative su tutti i sistemi aziendali

ATTIVITA' SISTEMISTICA

Sistema ed evolutiva RIS/PACS

Sistema ed evolutiva Registro GH

Sistema ed evolutiva RMN Tesla

Sistema ed evolutiva Trasfusionale Eliot

Sistema ed evolutiva Roche Anatomia Patologica

Sistema ed evolutiva Anatomia Patologica WinSap

Sistema ed evolutiva Laboratori Analisi

Sistema ed evolutiva Endobase Endoscopia

Sistema ed evolutiva Liste di Attesa

Sistema ed evolutiva Radioterapia

Sistema ed evolutiva Rilevazione Presenze

Sistema ed evolutiva Protocollo Informatico Aziendale

RETE DATI E VOIP

Analisi, coordinamento e gestione degli apparati di rete LAN e Wi. Fi.

Analisi, coordinamento e gestione dei punti rete per le postazioni di lavoro con relativa mappatura

Progettazione e coordinamento delle attività per la messa in esercizio delle utenze telefoniche su VOIP conducendo un'attenta mappatura di tutto l'impianto di telecomunicazioni dell'azienda.

Supporto alle attività svolte dagli uffici tecnici per le infrastrutture di cablaggio

APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Progettazione e coordinamento delle attività per la messa in esercizio delle apparecchiature elettromedicali

SICUREZZA INFORMATICA – CYBER SECURITY

È stata condotta un'attenta analisi su tutto il sistema IT (on Premise e Cloud), operando per la messa in sicurezza dell'impianto nella sua globalità attraverso interventi specifici, a partire dalla rilevazione e completamento della messa in dominio di tutte le postazioni di lavoro nonché al monitoraggio preventivo degli attacchi.

Configurazione, rilascio e formazione dei POS PagoPA ai medici per ALPI

2.2.2 Attività a valere sul PNRR

Sono state attivate ed implementate le attività relative ai progetti avviati a valere sul PNRR di cui la Missione 1 - Componente 1 Investimento 1.1 "INFRASTRUTTURE DIGITALI" e Investimento 1.2 "ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI ASL/AO" PSN

Migrazione dei server e relativi applicativi nel Cloud del Polo Strategico Nazionale

Categoria	Servizio	Nome applicativo
Assistenza Distrettuale	Assistenza Farmaceutica	SIAC Fiori
Assistenza Ospedaliera	Attività Trasfusionali	Eliot
Assistenza Ospedaliera	Assistenza Specialistica Ambulatoriale	Cup Regionale
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Malattie Infettive e Parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Sinfonia Vaccini
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	Sorveglianza e Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	Sinfonia NINFA Neonatale
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	Sorveglianza e Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	Sinfonia NINFA Oncologico
Reti di Patologia	Reti di Patologia	ROC Regionale
Anagrafe Nazionale Assistibili	Anagrafe Nazionale Assistibili	Sinfonia Anagrafe Regionale
Servizi di Funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	SIAC
Servizi di Funzionamento	Contabilità, Bilancio e Controllo	SURAFS
Servizi di Funzionamento	Acquisti	SIAPS
Fascicolo Sanitario Regionale	Fascicolo Sanitario Regionale	Portale del Cittadino

Assistenza Ospedaliera	Ricovero Ordinario per Acuti	Asap Sio
------------------------	------------------------------	----------

2.2.3 Cybersecurity

Sicurezza da Remoto

L'attuale scenario, caratterizzato dalla sempre più crescente necessità per le persone di interfacciarsi con le strutture ospedaliere in modo efficiente, trasparente e sicuro impone una costante richiesta di innovazione nel fornire i servizi ai cittadini nonché la capacità, da parte delle strutture sanitarie, di rispondere in maniera rapida ed efficace ai cambiamenti imposti anche dall'ambiente esterno. A ciò corrisponde anche la necessità di una maggior attenzione alle tematiche che riguardano la sicurezza delle informazioni e la protezione dei dati.

Difatti, occorre tener presente che le organizzazioni sanitarie sono costantemente esposte a minacce di sicurezza informatica che possono avere un impatto sul loro funzionamento, causare la perdita di informazioni sensibili e aumentare il rischio per la salute dei pazienti, portando ad un impatto negativo anche sul piano reputazionale.

In questo contesto, dunque, le nuove tecnologie assumono un ruolo centrale, dando l'opportunità di coinvolgere gli utenti e le strutture sanitarie in modo proattivo; d'altra parte, le nuove soluzioni sanitarie espongono i pazienti e i loro dati a rischi informatici gravi che mettono a repentaglio la sicurezza dei dati sensibili degli stessi la continuità dei servizi sanitari erogati.

Dunque, l'utilizzo di tecnologie digitali in ogni singolo aspetto produttivo e sociale ha inevitabilmente posto la sicurezza dei sistemi digitali (e delle informazioni che in essi vengono generate, usate, conservate e scambiate) ai primi posti fra le questioni da affrontare per garantire la resilienza dei servizi sanitari erogati al cittadino e dell'ecosistema digitale Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" (di seguito anche "AOU Vanvitelli").

A tal proposito, l'AOU Luigi Vanvitelli, ha intrapreso un percorso progettuale, con la finalità di evolvere e consolidare la postura relativa alla sicurezza delle informazioni e dei sistemi aziendali nonché alla compliance allo scenario normativo in materia di protezione dei dati personali. Per perseguire tale obiettivo, si procederà con un programma triennale di interventi mirati e strategici, basato sulla preliminare comprensione dell'attuale livello di postura in ambito cybersecurity e dell'attuale livello di conformità agli aspetti privacy.

Gli interventi considerati si collocano nell'ambito di un'ambiziosa iniziativa promossa da Regione Campania e volta all'implementazione di un Programma per la realizzazione di un Sistema Federato per la sicurezza dell'ecosistema Regionale.

Allo scopo di innovare i servizi ed incrementare la produttività dell'Ente nonché migliorare la qualità della vita dei Cittadini e, dunque, dei Pazienti, la Sicurezza delle informazioni rappresenta il principale elemento abilitante al raggiungimento di tale obiettivo. In quest'ottica, l'eccellenza è il risultato che può essere raggiunto sia migliorando quanto già in essere, sia innovando, al fine di erogare e offrire nuovi servizi. Inoltre, tali risultati possono essere raggiunti attuando un adeguato processo di monitoraggio, misurazione e comunicazione della sicurezza delle informazioni.

Questo modello richiede e prevede l'adozione di un approccio che contempra elementi di novità rispetto al passato così da rispondere alle mutate esigenze di contesto, garantendo al contempo la continuità di quanto avviato. Inoltre, le sfide a cui si è chiamati a rispondere richiedono l'adozione di una visione strategica di lungo periodo e la definizione di piani tattici con risultati a medio-breve termine.

Nell'ambito del contratto quadro per l'affidamento di servizi di sicurezza da remoto, di compliance e controllo per le Pubbliche Amministrazioni, l'Amministrazione ha richiesto, ai fini dello sviluppo del Progetto di Sicurezza, l'esecuzione dei servizi (dettagliati nel seguito del presente documento) afferenti al Lotto 2- Servizi di Compliance e controllo:

- Servizio di Security Strategy
- Vulnerability Assessment
- Supporto all'analisi e alla gestione degli incidenti
- Penetration test

Il settore sanitario è considerato uno dei principali obiettivi dei criminali informatici, in quanto deposito di dati altamente critici nonché servizio essenziale che non può essere interrotto. Tale settore, inoltre, è generalmente caratterizzato da sistemi e architetture IT che soffrono di complessità architettoniche. Le vulnerabilità nell'era digitale, tra l'altro, riguardano i dati e i dispositivi medici raggiungibili da remoto, che possono essere attaccati e controllati, con il rischio di determinare errori diagnostici o terapeutici.

Il Progetto di Sicurezza di AOU Vanvitelli, volto alla definizione e implementazione di un Piano di potenziamento per la Cybersecurity si pone, come anticipato, l'obiettivo di rafforzare il governo e la maturità di Sicurezza del proprio ecosistema, ossia garantire Riservatezza, Integrità e Disponibilità del patrimonio informativo, nel contesto della digitalizzazione dei servizi dello stesso.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" si avvale di un'infrastruttura digitale complessa attraverso la quale eroga servizi ad un'ampia area metropolitana.

L'adozione di nuovi paradigmi di costruzione ed erogazione dei servizi digitali (cloud computing, mobile workplace), la crescita costante di attacchi cyber sempre più sofisticati, l'adeguamento del quadro normativo alle nuove esigenze di privacy e protezione delle infrastrutture critiche, rendono necessaria una profonda rivalutazione degli aspetti concettuali, tecnici e organizzativi legati alla cybersicurezza, soprattutto in relazione alla estrema dinamicità e complessità delle sue manifestazioni.

La transizione digitale gioca un ruolo chiave nell'evoluzione dei modelli organizzativi della PA, soprattutto in un contesto come quello odierno che necessita di un'intensa collaborazione tra gli attori della pubblica amministrazione per offrire servizi utili, efficienti e innovativi ai cittadini. La necessità di garantire la collaborazione tra diversi attori istituzionali e la spinta normativa del GDPR che sancisce l'obbligo di attuare le misure tecniche e organizzative per mitigare il rischio connesso ai trattamenti dei dati privati, attribuiscono alla cyber sicurezza un ruolo cruciale per la realizzazione di nuovi servizi digitali.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" necessita dei servizi di seguito indicati al fine di mettere in atto una serie di contromisure per la mitigazione del rischio cyber e migliorare la consapevolezza delle persone.

L'esigenza è quindi quella di assicurare, in caso di riscontro di eventi anomali, vulnerabilità critiche o altri eventi di sicurezza degni di nota, un'analisi approfondita degli eventi occorsi, dell'attuale livello di sicurezza dell'intera infrastruttura monitorata e allertare di conseguenza i corretti riferimenti aziendali indicati dall'Amministrazione.

Il progetto interessa i dipendenti dell'Amministrazione per gli aspetti relativi alla formazione e prevede interventi in diverse aree che contribuiscono a comporre una visione organica della cybersicurezza necessaria a garantire la continuità dei servizi digitali e la salvaguardia del patrimonio informativo detenuto dall'Ente.

Servizio SOC Security Operation Center

Servizio di monitoraggio e alerting degli eventi/minacce di sicurezza al fine di consentire una gestione degli incidenti di sicurezza dalla fase di identificazione e notifica dell'evento, fino alle azioni di contenimento, ripristino e prevenzione futura in stretta collaborazione tra l'outsourcer e le strutture dell'Amministrazione preposte alla gestione sistemistica. Tra le funzioni richieste ci si aspetta quindi la raccolta centralizzata dei log e degli eventi; correlazione tra eventi diversi raccolti; disponibilità di un cruscotto (dashboard) che fornisca agli analisti, in tempo reale, una rappresentazione della situazione in essere; capacità di identificazione, gestione, mitigazione e risoluzione degli attacchi; produzione di report periodici di sintesi, di incident report di dettaglio ed istruzioni operative. Si richiede, infine, di ricevere ed analizzare la reportistica e i log dando anche la giusta priorità ai processi di risoluzione e/o mitigazione delle minacce.

Protezione degli Endpoint

Il servizio indicato consente all'Amministrazione di proteggere i dispositivi collegati alla propria rete aziendale dall'accesso non autorizzato e dall'esecuzione di software dannoso.

Formazione e Security Awareness

Il servizio di formazione e security awareness è finalizzato a sensibilizzare l'Amministrazione sui vari aspetti della sicurezza delle informazioni, aumentando il livello di consapevolezza dell'intera popolazione aziendale e quindi elevando il livello di sicurezza dell'Amministrazione. L'obiettivo è sviluppare negli utenti le competenze, le tecniche ed i metodi fondamentali per prevenire il più possibile gli incidenti di sicurezza attraverso l'erogazione di moduli formativi e relative verifiche di approfondimento mediante attacchi di phishing simulati.

2.3 Performance

Tale sottosezione del PIAO dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" costituisce un documento di pianificazione aziendale, dalla durata triennale, a scorrimento annuale ed è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Più nello specifico, l'AOU si propone di dare avvio al ciclo di gestione della performance, individuando gli obiettivi strategici e definendo gli elementi fondamentali sui quali realizzare la misurazione e la valutazione della performance aziendale, in coerenza con le risorse assegnate nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e nel rispetto dei principi di efficienza e di efficacia dell'amministrazione.

Il Piano della performance riportato in tale sottosezione è adottato dall'Azienda al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance e, in coerenza con il disposto del D.lgs. n.150 del 27 ottobre 2009, si ispira al principio della trasparenza di cui al D.lgs. n.33 del 14 marzo 2013 e s.m.i. in continuità con l'ultimo piano adottato con delibera n. 387 del 07/06/2022.

2.3.1 Obiettivi di salute e linee strategiche: Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (S.M.V.P.)

In conformità a quanto disposto dal D.lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell'art.7, l'AOU aggiorna periodicamente il regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance reperibile al seguente indirizzo: <https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/resolutions/download/resolutions/90847> di cui alla delibera n. 261 del 15/12/2022, che definisce le modalità, le regole e gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

2.3.2 Le linee programmatiche e gli obiettivi: l'individuazione degli obiettivi strategici

L'individuazione degli obiettivi delle aree strategiche è il nucleo del presente paragrafo del PIAO.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano su elementi che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica e che sono:

- integrazione Ospedale-Università;
- il sistema del governo aziendale, inteso come una serie di attività mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici;
- l'attività intramuraria;
- il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale;
- l'ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie.

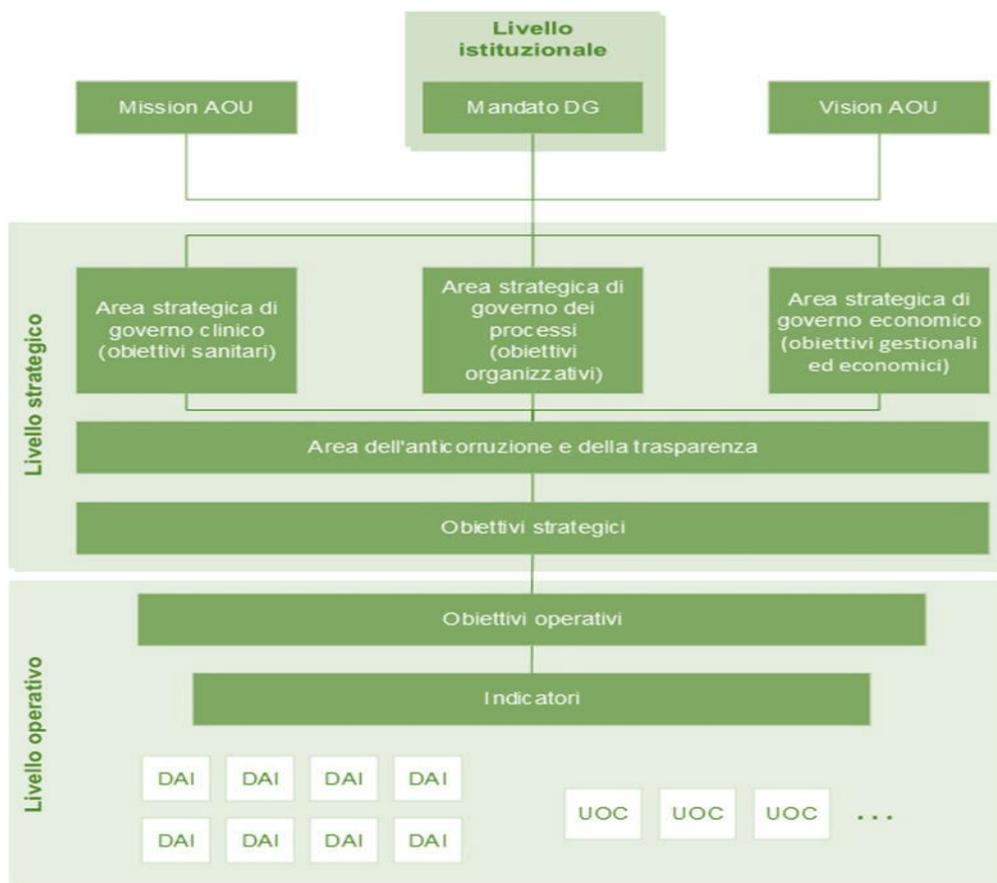
2.3.3 Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che, attraverso una rappresentazione grafica, mette in evidenza i collegamenti tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi. La sua struttura fornisce una visione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione.

La disposizione a piramide dell'albero evidenzia come gli obiettivi a diversi livelli contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al raggiungimento del mandato istituzionale e della missione. Questo sistema piramidale integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

La Figura 1 fornisce una rappresentazione dettagliata del processo di formazione della performance dell'AOU "Luigi Vanvitelli".

Figura 1 Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:



- area strategica di governo clinico all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici che attengono all'erogazione delle attività assistenziali (ricoveri ordinari, day hospital e prestazioni ambulatoriali);

- area strategica di governo dei processi, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni, degli esiti, nonché al miglioramento della comunicazione e della fruibilità all'esterno del flusso informativo dell'Azienda. L'area strategica in parola permette di identificare i processi interni critici nei quali l'Azienda deve primeggiare per raggiungere gli obiettivi,
- area strategica di governo economico che accoglie gli obiettivi strategici correlati al collegamento tra ciclo della performance e ciclo della programmazione e di bilancio al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse, l'economicità delle prestazioni sanitarie e di quelle amministrative, garantendo altresì l'equilibrio economico richiamato dalla delibera di nomina del DG;

Una quarta area strategica, in considerazione della necessità di attribuire una particolare rilevanza alle tematiche espresse dalla stessa, assume una posizione trasversale rispetto alle altre tre:

- trasparenza e anticorruzione, scaturisce dalla normativa introdotta con la Legge 190 del 6 novembre 2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, prima normativa organica in Italia che interviene sul contrasto della corruzione. Inoltre, l'area in parola permette di sostanziare il principio della trasparenza della pubblica amministrazione ex D.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 concernente il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Gli obiettivi di carattere generale, specifici e tematici che l'AOU recepisce dalla delibera di nomina del DG, nonché quelli che la stessa definisce in sede di pianificazione strategica, sono assegnati alle aree strategiche rappresentate nell'albero della performance.

Individuate le aree strategiche, il passaggio successivo consiste nella distribuzione a cascata degli obiettivi strategici di medio-lungo termine individuati all'interno di queste ultime e la definizione degli obiettivi operativi di breve termine, di durata annuale, come da schede allegate.

Il processo prosegue con il collegamento degli obiettivi operativi con gli indicatori, individuando altresì criteri in funzione dei quali è possibile procedere alla misurazione e valutazione della performance organizzativa e del personale dirigenziale.

2.3.4 Obiettivi di mandato e pianificazione strategica

Il processo di pianificazione strategica dell'Azienda orienta la stessa verso la scelta degli obiettivi strategici e traccia le modalità con le quali raggiungerli. L'AOU, in sede di pianificazione strategica, ha definito la propria programmazione triennale 2025-2027 tenendo conto di una serie di elementi, quali:

- vision, mission e specificità dell'Azienda;
- il quadro normativo nazionale e regionale;
- il Protocollo d'Intesa vigente tra Regione e Università, che ne definisce l'assetto organizzativo;

- gli obiettivi assegnati dalla Regione nell'Atto di nomina del Direttore Generale;
- i provvedimenti emanati dall'ANAC;
- la dotazione di personale e di attività dell'Azienda;

In particolare, secondo quanto stabilito a livello regionale dalla DPGRC n. 102 del 04.08.2022, gli obiettivi di mandato al Direttore Generale (in carica dal 9 agosto 2022) sono i seguenti:

- il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- il rispetto dei tempi di pagamento;
- la garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sistema "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- il rispetto dei tempi delle liste di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;
- erogazione almeno dell'80 % dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali.

Si riportano di seguito gli obiettivi di mandato ed obiettivi ritenuti altrettanto prioritari dalla Direzione Strategica che questa Azienda persegue declinati secondo le linee strategiche definite nella sezione del valore pubblico, tali obiettivi saranno altresì identificati con un codice alfanumerico poiché correlati ai singoli obiettivi di performance dei D.A.I. e delle U.O. amministrative:

A) Sostenibilità e Risparmio Energetico

- (A1) manutenzione Straordinaria-Ristrutturazione-Restauro 2023
- (A2) programmazione 2024-2025 delle Tecnologie Sanitarie
- (A3) efficientamento energetico;
- (A4) pari opportunità e benessere organizzativo;

- (A5) efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto.

B) Crescita del livello di qualità dell'assistenza

- (B1) il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- (B2) il rispetto dei tempi delle liste d'attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- (B3) la garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sistema "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- (B4) Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri;
- (B5) Aumento della complessità dei ricoveri ordinari;
- (B6) Perogazione almeno dell'80 % dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- (B7) l'attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- (B8) gli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- (B9) l'attrazione extra-Regionale;
- (B10) il miglioramento indicatori sistemi nazionali di valutazione;
- (B11) lo sviluppo di competenze tecniche-professionali;

C) Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;

- (C1) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- (C2) il fabbisogno del personale;
- (C3) il rispetto limiti di costo beni sanitari e personale;
- (C4) il rispetto dei tempi di pagamento;
- (C5) il miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei farmaci e vigilanza;
- (C6) Anticorruzione e trasparenza.

D) Digitalizzazione

- (D1) Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali;
- (D2) Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;

Tali obiettivi di carattere generale sono quindi rimodulati in obiettivi specifici misurabili attraverso la definizione di indicatori che, complessivamente considerati, costituiscono la base del sistema di misurazione e valutazione sia in termini di efficienza che di produttività, nelle analisi del ciclo di gestione della performance.

Questo ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di *performance management*, di cui al Capo II del D. lgs. 150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b, del predetto Decreto legislativo 150/2009.

L'Azienda annualmente predispone un sistema integrato di Pianificazione Strategica e di Programmazione a medio-lungo periodo che definisce il processo attraverso il quale sono individuati gli obiettivi e le correlate azioni strategiche e strumentali necessarie per il perseguimento degli stessi obiettivi.

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

1. recepimento delle direttive Nazionale e Regionali;
2. formulazione degli obiettivi;
3. valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

La Programmazione rappresenta il processo con il quale l'Azienda individua, con riferimento ad un arco temporale annuale, le azioni per il raggiungimento degli obiettivi individuati nella pianificazione strategica.

Il processo di programmazione può essere articolato sinteticamente nelle seguenti fasi:

1. definizione degli obiettivi annuali coerenti con quelli della pianificazione strategica;
2. elaborazione di indicatori;
3. individuazione di target.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. L'elenco degli obiettivi strategici relativi alle diverse aree è riportato nelle **tabelle 2.5-2.6**.

Tabella 2.5 – Obiettivi strategici relativi alle diverse aree

Governo clinico	Governo economico	Governo dei processi
Obiettivi strategici	Obiettivi strategici	Obiettivi strategici
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Equilibrio economico	Appropriatezza e di efficacia delle SDO

Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Puntuale attuazione del PACC	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi
Contenimento parti cesari	Rispetto dei tempi medi di pagamento	
Prevenzione infezioni ospedaliere		
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali		
Area dell'anticorruzione e della trasparenza		
Obiettivi strategici		
Si rimanda alla relativa sezione del PIAO		

Tabella 2.6

Governo clinico	
Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Aumento del peso medio dei DRG dei ricoveri erogati in regime ordinario
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica (≤ 18 anni) per asma e gastroenterite
	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
Contenimento parti cesari	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello (Rif.: $< 20\%$)
Prevenzione infezioni ospedaliere	Riduzione del rischio di infezione ospedaliera in terapia intensiva
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	

Con riferimento al governo economico gli obiettivi operativi vengono individuati dalla **tabella 2.7**

Tabella 2.7

Governo economico	
Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Equilibrio economico	Congruità costi/ricavi
PAC	Certificabilità di bilancio

Tempestività dei pagamenti	Entro i 60 giorni
Riduzione del debito pregresso	30%/anno, triennale
Attuazione DCA 67/2019	Reports: personale e farmaci

Gli atti adottati dal management aziendale si concretizzano in progetti e azioni che, attraverso i processi organizzativi, determineranno l'erogazione di prestazioni nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia. I processi assistenziali devono perfettamente integrarsi con gli aspetti di multidisciplinarietà della vocazione aziendale, che trova fondamento nell'opportuna collaborazione sinergica tra le istanze dell'ospedale e dell'università.

Con riferimento agli schemi di bilancio previsti dal D.lgs. n. 118 del 23 giugno 2011, vengono di seguito riportate le principali voci che descrivono la performance aziendale.

A seguito dell'attività di verifica e monitoraggio dei risultati, condotta sia a livello aziendale che dipartimentale, il Piano è stato aggiornato tenendo conto dell'evoluzione del contesto esterno e interno, in un'ottica di miglioramento continuo del Ciclo di Gestione della Performance.

Inoltre, beneficiando dei *feedback* emersi in sede di consuntivazione dei piani degli anni precedenti (in particolare quello del 2022), sono stati implementati alcuni interventi correttivi quale l'introduzione di obiettivi legati alla specificità universitaria ossia l'“Attività di ricerca correlata all'attività clinica di appartenenza”, intesa come attività di produzione scientifica del personale in coerenza con la mission dell'Azienda, che è stata inserita come nuovo obiettivo per tutti i dipartimenti il peso dell'obiettivo di efficienza è pari al 5% per tutti i DAI.

Il dettaglio degli obiettivi e degli indicatori per singolo DAI, corredato dalle ulteriori informazioni funzionali alla misurazione e valutazione della performance, unitamente all'indicazione del responsabile, trovano rappresentazione nelle schede allegate al presente piano, costituendone parte integrante. La documentazione è reperibile al seguente link:

<https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/resolutions/download/resolutions/92978>

La **tabella 2.8** riporta le attività di ricovero relative al triennio 2022-2024

Tabella 2.8 - Attività di ricovero anni 2022-2024

	2022	Diff.	2023	Diff.	2024*
Ricoveri Ordinari Totali	8966	9,60%	9827	-0,60%	9768
Rimborso Ricoveri Ordinari Totali	33.192.309,40 €	12,04%	37.189.149,10 €		
Ricovero Ordinari Medici	5107	3,72%	5297		
Rimborso Ricoveri Ordinari Medici	14.653.329,00 €	6,66%	15.628.770,29 €		
Ricoveri Ordinari Chirurgici	3.859	17,39%	4.530		
Rimborso Ricoveri Ordinari Chirurgici	18.619.816,40 €	15,79%	21.560.378,81 €		
Ricoveri Diurni totali	12056	-7,90%	11104	-33,20%	7417
Rimborso Diurni totale	15.071.621,90 €	-30,19%	10.521.798,20 €		
Ricoveri DH Medici	7813	-9,42%	7077		
Rimborso Totale DH Medici	9.631.946,04 €	-44,75%	5.322.116,00 €		

Day-Surgery	4243	-5,09%	4027		
Rimborso Day-Surgery	5.439.675,86 €	-4,41%	5.199.682,20 €		
Totale Casi	21022	-0,43%	20931	-17,90%	17185
Rimborso Totale	45.852.462,99 €	4,05%	47.710.947,30 €	+0,70%	48.045.564,64 €

I dati 2024 sono aggiornati al 30 Novembre 2024, come da ultima trasmissione del flusso A. Pertanto, si è provveduto a calcolare una stima dei ricoveri ordinari e diurni totali sulla base delle schede di dimissione ospedaliera non ancora trasmesse. Dai dati ottenuti è possibile evincere un aumento del rimborso totale a fronte di una, seppur minima, riduzione dei ricoveri totali, espressione dell'incremento del peso medio dei ricoveri, e la drastica riduzione dei ricoveri diurni, come da trend degli ultimi anni, in linea con gli obiettivi strategici aziendali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri con notevole riduzione dei ricoveri diurni diagnostici.

La **tabella 2.9** riporta le prestazioni ambulatoriale relative al triennio 2022-2024

Tabella 2.9 - Prestazioni ambulatoriali anni 2022-2024

	2022			2023			2024		
Tipologia	Prestaz. (€)		%	Prestaz. (€)	(€)	%	Prestaz. (€)	(€)	%
Assistito SSN	259.920	7.204.874	94,68	308.812	9.270.679	94,77	327.614	10.129.136	95,05
Cassa Marittima	59	1.923	0,02	29	537	0,01	37	837	0,02
Intra moenia	8.093	1.184.699	2,95	10.135	1.519.013	3,11	11.138	1.403.771	3,23
Medicina sportiva	452	4.125	0,16	518	4.690	0,16	1177	23.541	0,35
Medico legale	958	19.495	0,35	1235	25.290	0,38	1.232	24.948	0,34
Privato	5.052	277.729	1,84	5.116	140.979	1,57	3.479	198.961	1,01
Totale	274.534	8.692.845	100,00	325.845	10.961.189	100,00	344.677	11.781.194	100,00

La tabella evidenzia come le prestazioni ambulatoriali erogate nel 2024 hanno mostrato un incremento delle stesse.

Si evince altresì che l'incidenza delle diverse tipologie di prestazioni è variata negli ultimi tre anni. In particolare, è possibile osservare che l'incidenza percentuale degli assistiti SSN è aumentato negli ultimi due periodi considerati (anni 2023-2024) ed anche l'attività intramoenia ha mostrato anche se in minima percentuale un aumento delle attività.

La **tabella 2.10** riporta i principali valori economici relativi al triennio 2021-2023

Tabella 2.10– Principali valori economici 2021-2023

Conto consuntivo (in migliaia di euro)	2021	2022	2023
Totale valore della produzione	184.946	195.406	200.824

Totale costi della produzione	183.582	193.411	197.339
Totale proventi ed oneri finanziari	-62	-45	-65
Totale proventi ed oneri straordinari	3.902	4.004	2.497
Totale imposte e tasse	5.089	5.590	5.907
Risultato di esercizio	115	365	9

Dalla lettura della tabella si evince che il totale del valore della produzione, il cui ammontare aveva già subito un incremento rispetto all'anno precedente nel 2022 (+5,65%), ha registrato un ulteriore incremento nell'anno 2023 (+2,08%), portandosi ad un valore di 200.824.

I costi della produzione appaiono in costante crescita, registrando un incremento del 5,35% nel 2022 (rispetto al 2021) e del 2% nel 2023 (rispetto all'anno precedente).

Gli oneri finanziari, invertendo l'andamento degli esercizi precedenti, nel 2023 presentano un aumento del 44,19% rispetto l'anno precedente, mentre la flessione nel 2022 rispetto al 2021 era del 27,06%.

Per l'esercizio 2023, sebbene il risultato di esercizio registra un rallentamento della crescita rispetto all'anno precedente (-97,41%) comunque rispetta l'equilibrio di bilancio.

D. Obiettivi di digitalizzazione

In base a quanto esposto nella sezione Valore Pubblico, l'AOU Vanvitelli si pone i seguenti obiettivi triennali di digitalizzazione, da raggiungere tramite l'Ufficio Sistemi Informativi e Transizione Digitale ed in collaborazione con le altre strutture amministrative e sanitarie. Le attività previste per il futuro consistono sostanzialmente nell'armonizzazione, razionalizzazione ed ottimizzazione di quanto finora realizzato, nell'integrazione delle piattaforme esistenti e nell'estensione della digitalizzazione anche a quei processi che fino ad oggi ne sono rimasti fuori.

L'elenco contiene le attività già previste nella precedente edizione del PIAO, incluse quelle in corso di completamento:

1. miglioramento dei processi e delle tempistiche di contrattualizzazione e di liquidazione dei fornitori (2025);
2. miglioramento della connettività di rete tramite l'adesione al progetto Sanità Connessa (in corso - 2025);
3. ottimizzazione ed ammodernamento delle postazioni di lavoro (in corso - 2025);
4. miglioramento della tempistica ed incremento della percentuale di successo degli interventi di assistenza (in corso - 2025);
5. razionalizzazione della gestione degli utenti e delle relative credenziali (2025);
6. graduale dematerializzazione della documentazione con conseguente riduzione della produzione di materiale cartaceo (2026);

7. miglioramento della raccolta, dell'elaborazione e della produzione dei dati sanitari (in corso - 2025);
8. realizzazione di un cruscotto direzionale per la consultazione dei dati sanitari (in corso - 2025);
9. incremento della percentuale di digitalizzazione nativa dei documenti e dei dati sanitari e della relativa aderenza alle versioni più recenti degli standard (2025);
10. incremento della percentuale dei dati trasmessi al Fascicolo Sanitario Elettronico (2025);
11. incremento dell'interoperabilità e dell'integrazione tra i vari sistemi e le varie banche dati aziendali, regionali e nazionali (in corso - 2025);
12. adeguamento dei processi e dei sistemi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (in corso - 2024);
13. miglioramento dei contenuti e del layout del sito istituzionale (2025);
14. graduale standardizzazione della modulistica digitale (2026);
15. adattamento del sito istituzionale, dei servizi digitali e dei dati presenti su di esso ai criteri di usabilità ed accessibilità previsti dalla normativa vigente (2025);
16. incremento della qualità e della quantità dei documenti e dei dati pubblicati nell'area Amministrazione Trasparente (in corso - 2024);
17. attivazione graduale di strumenti di misurazione automatizzata dei tempi effettivi di completamento delle procedure (2026);
18. raggiungimento graduale della piena conformità al GDPR (in corso - 2026);
19. raggiungimento graduale della piena conformità al CAD (in corso - 2026);
20. attivazione e/o incremento dell'utilizzo delle piattaforme di identità digitale (SPID, CIE, TS-CNS, Login eIDAS) e di pagamento e notifica (pagoPA, app IO) (2025);
21. efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto (2026).
22. alfabetizzazione digitale ed ampliamento delle competenze digitali (2025);
23. formazione sulla sanità digitale e sulle relative piattaforme in uso presso l'azienda (in corso - 2025).
24. Sicurezza Informatica:
 - Implementazione di firewall, sistemi di rilevamento delle minacce (MDR), e gestione delle vulnerabilità.
 - Migrazione della posta elettronica a Microsoft Office 365 con autenticazione a più fattori (MFA).
25. Cybersecurity e Rete Aziendale**:
 - Rafforzamento della sicurezza da remoto e reingegnerizzazione del network aziendale.
 - Miglioramento dell'infrastruttura di rete LAN e Wi-Fi

26. Supporto Utenti tramite AI**:

- Implementazione di una chatbot basata su tecnologia GPT per assistenza real-time agli utenti.

27. Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)**:

- Gestione di moduli per accettazione, dimissioni, liste di attesa, radiologia, CUP, e fascicolo sanitario elettronico.

28. Percorsi Clinici Evoluti**:

- Gestione integrata della cartella clinica e dei percorsi di cura, inclusi quelli ambulatoriali e di alta intensità.

2.3.5 Coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione

Le normative nazionali ed europee in materia di contrasto alla corruzione, di trasparenza, di semplificazione, di *data protection* sono sempre più vincolanti per le Pubbliche Amministrazioni ed hanno impatto rilevante su tutte le tematiche di gestione aziendale, non escluse – ovviamente – la programmazione, il controllo e la valutazione.

La legge anticorruzione (si veda, in particolare, l'articolo 10, terzo comma del D. Lgs. 33/2013 “Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”) prevede che ciascuna Pubblica Amministrazione, nel definire le linee di pianificazione strategica e di programmazione gestionale, individui obiettivi specifici e determinati in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale contenuto integrante e imprescindibile anche dei sistemi di misurazione delle *performance* e delle incentivazioni al personale.

È essenziale quindi che le azioni e le misure di prevenzione della corruzione siano traslate in **obiettivi aziendali**, creando una correlazione efficace tra gli obiettivi strategici dell'anticorruzione e trasparenza e gli obiettivi di *performance*, così come più volte ribadito espressamente dall'ANAC e dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'AOU realizza l'integrazione tra gestione della performance e prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il percorso intrapreso in Azienda a tal fine si basa sulla distinzione che l'attuale normativa (articoli 8 e 9 del D.lgs. 150/2009, novellato dal D.Lgs n.74/2017) ha introdotto tra:

- **obiettivi di performance organizzativa**, che rappresentano i traguardi che la struttura/ufficio deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (dirigenti e personale) sono chiamati a contribuire;
- **obiettivi individuali**, assegnati specificamente al dirigente o al dipendente, il quale è l'unico soggetto chiamato a risponderne; tali obiettivi possono essere collegati a quelli della struttura (andando, ad esempio, ad enucleare il contributo specifico richiesto al singolo), ma possono anche fare riferimento ad attività di esclusiva responsabilità del dirigente/dipendente e non collegate a quelle della struttura (quali, ad esempio, incarichi *ad personam*).

Tra gli obiettivi di performance organizzativa che il RPCT ha proposto vanno segnalati:

- la revisione della **mappatura** dei processi dell'Azienda;
- l'aggiornamento o l'approfondimento dell'analisi del **rischio corruzione** e l'elaborazione e implementazione di conseguenti misure di **prevenzione** della corruzione;

- il monitoraggio delle misure anticorruzione con particolare attenzione alle attività a più elevato rischio;
- il potenziamento delle azioni di **formazione** destinate al personale, specie per il personale coinvolto nei processi maggiormente a rischio (sia in materia di trasparenza e anticorruzione sia in materia di *data protection*);
- la promozione della trasparenza e dell'**accountability data protection**;
- l'evoluzione della "Sezione Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Gli obiettivi **individuali** sono invece determinati dall'Azienda caso per caso e attribuiti ai dirigenti apicali in base alle attività a cui essi sono preposti.

Tenuto ovviamente conto che la dirigenza apicale e, in generale, il *management* pubblico svolgono un ruolo molto importante nell'effettiva implementazione delle strategie aziendali più importanti (quali anticorruzione, trasparenza, organizzazione, *data protection* ecc.), la RPCT ha caldamente raccomandato di incrementare **il peso relativo di tali obiettivi ai fini della valutazione complessiva delle performance raggiunte.**

Con il Decreto 30 giugno 2022, n. 132, della PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA denominato "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" il PIAO è concepito come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento così promosso ed espressamente previsto contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza è quindi assicurata anche con modalità tali che l'attuazione delle misure della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale.

In tal senso si intendono integralmente recepite le misure relative all'anticorruzione previste nella relativa sezione del presente documento, nella quale sono esposte tutte le azioni oggetto di valutazione

2.4 Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) - Rischi corruttivi e trasparenza –

2.4.1 Premessa

La presente sezione del PIAO è stata predisposta, in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance, dalla RPCT dott.ssa Assunta Trematerra, – nominata con delibera del Direttore Generale n. 416 del 13 giugno 2023 – in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

- in attesa del Nuovo Piano Nazionale Anticorruzione
- Piano nazionale Anticorruzione 2023 (PNA 2023), adottato dall'Autorità nazionale Anticorruzione con la delibera 605 del 19 dicembre 2023e relativi allegati;

- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativi allegati;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 (PNA 2019-2021), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e relativi allegati, per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide ed ivi contenute;
- Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113” e relativo allegato 1.

Alla sua elaborazione hanno fattivamente collaborato tutti i soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

In questa sede si definiscono i processi decisionali con l’obiettivo finale di eliminare o, quantomeno, ridurre i comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando così un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità, teso a ridurre le condizioni operative che favoriscano la corruzione e si dà conto della valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione dei servizi sanitari e amministrativi dell’Azienda, individuando gli interventi volti a prevenirlo e le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nel triennio 2025-2027.

2.4.2 Obiettivi strategici, valore pubblico e collegamento con gli strumenti di programmazione

In continuità con gli anni precedenti, questa AOU mira ad attuare il processo di gestione del rischio non secondo una logica di mero adempimento e, quindi, di tipo formalistico, bensì secondo un approccio sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno e interno all’amministrazione e finalizzato alla definizione di strategie e obiettivi sostenibili dal punto di vista organizzativo. Si è optato, pertanto, per un approccio graduale, effettivo e sostanziale, evitando, per quanto possibile, inutili appesantimenti organizzativi e procedurali, aumentando la capacità di indagine e gestione dei processi decisionali che si pone in raccordo con i contenuti illustrati nella precedente sezione “Performance”, secondo le disposizioni normative in materia.

La realizzazione delle misure in esso previste è finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici di valore pubblico dell’Azienda:

- l’implementazione del nuovo sistema aziendale di mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo, da svilupparsi secondo una logica ciclica di miglioramento continuo, tracciabilità e verifica dello stato di avanzamento;
- l’implementazione di specifici strumenti di contrasto alla corruzione nell’ambito degli appalti e delle conseguenti attività;
- l’implementazione della Sezione “Amministrazione Trasparente” dell’Azienda, in adempimento alle nuove disposizioni sugli obblighi di pubblicità e trasparenza contenute nel PNA 2023(trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell’entrata in vigore del Dlgs 36/2023)

Con riferimento al primo punto, nel corso del 2023 e del 2024 si è provveduto all’implementazione del **sistema di mappatura**, anche con l’obiettivo di integrarlo maggiormente con quello curato dal Servizio di Audit interno, con conseguente valutazione dei

rischi di corruzione e illegalità con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato 1 del PNA 2019, con il quale ANAC ha ridefinito la mappatura, prevedendo il passaggio da un sistema quantitativo ad un sistema qualitativo di identificazione e valutazione del rischio.

Con riferimento al punto relativo ai rischi legati agli appalti, si stanno introducendo strategie organizzative, per ridurre il rischio corruttivo tenuto conto delle indicazioni date dall'ANAC in materia.

Nel settore degli appalti, inoltre, è auspicabile associare a tali misure anche lo strumento dell'istituto della vigilanza collaborativa, attraverso il quale è possibile sottoporre la documentazione di gara al vaglio preventivo dell'ANAC.

Per l'implementazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda si rinvia alla sezione della trasparenza dove vengono dettagliate le misure.

In considerazione del fatto che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono elementi imprescindibili per la creazione del Valore pubblico, questi sono funzionali alla realizzazione della missione istituzionale, in questo contesto l'A.O.U. ha definito una strategia di contenimento del rischio corruttivo, individuando, azioni/obiettivi specifici per la realizzazione dei già menzionati punti:

- indicazione della rete dei referenti per la prevenzione della corruzione così come indicato nella sezione 4 del "Monitoraggio";
- formazione sviluppo e garanzia di una sensibilizzazione efficace dei referenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di scambi di rete tra la Regione, le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Campania, gli altri enti pubblici operanti nel settore sanitario;
- aggiornamento delle procedure aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;

Detti obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione sono stati programmati dall'organo di vertice aziendale alla luce delle peculiarità dell'Amministrazione e degli esiti dell'attività di monitoraggio, in modo da essere **funzionali alle strategie di creazione del Valore pubblico**.

Essi, pur conservando una autonoma valenza, sono stati posti in relazione con gli obiettivi fissati dagli altri strumenti di programmazione adottati dall'Azienda, primi tra tutti quelli relativi alla **performance**.

Si è dato luogo, dunque, a una reingegnerizzazione dei processi, in cui gli stessi sono stati valutati sotto i diversi profili della *performance* e dell'anticorruzione, con l'obiettivo di giungere ad una coerente e armonica integrazione tra le due strategie.

In tal senso va considerato l'inserimento tra gli obiettivi programmatici previsti dall'art. 4 del d.Lgs. n. 150/2009 per i dirigenti e i responsabili di unità e, quindi, a cascata, per gli obiettivi di tutto il personale, del rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per

i quali l'Azienda ha previsto la verifica della rispondenza dei risultati, intermedi e finali, ai predetti obiettivi², in capo alla RPCT.

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza e di integrità diventa in tal modo uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, anche del personale non dirigenziale.

Un ulteriore elemento che contribuisce a rafforzare la logica di integrazione tra *performance* e prevenzione della corruzione potrebbe, altresì, individuarsi nella illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno e interno dell'Amministrazione, la quale è comune al Piano della *performance* e al processo di gestione del rischio corruttivo.

2.4.3 Soggetti e ruoli

I destinatari

Le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza definite nel presente documento si applicano ai seguenti soggetti:

- il Direttore Generale;
- il Collegio sindacale;
- il personale dell'AOU Vanvitelli con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato e con ogni altra forma flessibile di rapporto;
- il personale universitario, utilizzato in via esclusiva e transitoria dall'AOU Vanvitelli, a prescindere dal relativo stato giuridico e dall'ordinamento giuridico al quale esso è sottoposto;
- i professori e ricercatori universitari, relativamente allo svolgimento dell'attività assistenziale, fermo restando lo stato giuridico degli stessi e l'applicazione del relativo ordinamento giuridico;
- tutti i soggetti che operano in nome e per conto dell'Azienda indipendentemente dalla tipologia di rapporto con la stessa;
- gli esperti e i consulenti;
- i titolari di contratti per lavori, servizi e forniture.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione e sulla scorta delle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, il sistema di prevenzione della corruzione dell'AOU Vanvitelli si basa sull'azione sinergica di una pluralità di attori, con ruoli, responsabilità e competenze differenti.

Di seguito si riportano i soggetti coinvolti nella gestione del rischio corruttivo e della trasparenza con una sintetica definizione delle specifiche funzioni.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale dell'AOU Vanvitelli, in quanto organo di indirizzo politico-amministrativo, definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (in seguito anche 'RPCT') ha il compito di proporre alla Direzione Aziendale una programmazione triennale per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l'attuazione, curare la formazione del personale in materia e verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate.

Il RPCT opera in piena autonomia e indipendenza rispetto all'organo di vertice.

In capo al RPCT ricadono responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione.

I Referenti per la prevenzione della corruzione

All'attività del RPCT si affianca quella dei dirigenti che sono tenuti, in ossequio alle disposizioni vigenti, a fornire supporto al RPCT, partecipando attivamente al processo di gestione del rischio corruttivo.

Ad essi sono affidati, per gli ambiti di rispettiva competenza, poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione, cui si collegano le relative responsabilità previste dalla normativa.

Il RPCT dell'AOU Vanvitelli è coadiuvato, pertanto, da referenti che coincidono, in via prevalente, con i Responsabili delle macroaree di attività aziendali.

L'azione dei Referenti è molto importante per diffondere e consolidare la cultura della legalità e per l'identificazione dei possibili rischi presso le UU.OO.CC. di competenza. Essi devono partecipare a tutte le fasi di predisposizione ed attuazione della pianificazione della strategia anticorruzione, con la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutto il personale afferente all'AOU.

Il RPCT rimane il riferimento aziendale per l'implementazione delle politiche di prevenzione, mentre i referenti concorrono, per la parte di rispettiva competenza, con il RPCT:

- alla promozione della diffusione e divulgazione dei contenuti della strategia triennale di prevenzione della corruzione all'interno delle articolazioni aziendali;
- alla verifica dell'attuazione della suddetta strategia e della sua idoneità;
- alla proposta di modifiche o integrazioni della stessa;
- alla individuazione delle attività e del personale afferente alle UU.OO. di competenza maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- alla valutazione e ponderazione del rischio presso le unità operative, sanitarie, tecniche, amministrative, di riferimento;
- alla individuazione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche mediante l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette a ridurre o eliminare l'esposizione al rischio corruttivo;

- alla proposizione ed eventuale individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- al rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza;
- ad assicurare l'osservanza del Codice disciplinare.

Al fine di prevenire il rischio derivante da possibili atti di corruzione il RPCT può richiedere ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative Sanitarie ed Amministrative dell'AOU di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche, sottese alle scelte effettuate relativamente ai procedimenti e/o processi di competenza.

I referenti in funzione del loro incarico relazionano al RPCT sull'esito dei compiti.

Il personale dell'A.O.U. L. Vanvitelli

L'intero personale docente e ricercatore che espleta attività assistenziale presso l'A.O.U. Luigi Vanvitelli e coloro che a qualsiasi titolo collaborano con l'Azienda partecipano attivamente alla gestione del rischio e sono tenuti, in particolar modo, ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi di illecito e di conflitto di interessi.

Pertanto, l'intero personale viene chiamato a partecipare attivamente al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, nonché alle successive fasi di definizione e di attuazione delle misure di prevenzione, di eventuale propria competenza.

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), incaricato della compilazione e aggiornamento della Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA). L'individuazione del RASA è a tutti gli effetti una misura organizzativa di trasparenza con valenza di prevenzione della corruzione. Nella A.O.U. "Luigi Vanvitelli" la funzione è ricoperta dalla Dott.ssa Paola Olivieri, Collaboratore Amministrativo Professionale - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari, in servizio presso l'Ufficio Tecnico dell'U.O.C. Progettazione - Manutenzione e Patrimonio Immobiliare, nominata con delibera del D.G. n. 505 del 10/07/2023.

Il Data Protection Officer (DPO).

Il data Protection Officer (di seguito DPO) è una figura introdotta dal Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 | GDPR, la cui responsabilità principale è quella di osservare, valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali (e dunque la loro protezione) all'interno di un'azienda (sia essa pubblica che privata), affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative privacy europee e nazionali.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'Organo indipendente di valutazione (O.I.V.)

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze ad esso attribuite dal d.lgs. 150/2009 si è progressivamente ampliato, conferendo specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. In particolare, le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012.

L'OIV esprime il proprio parere ai sensi dell'art. 1 comma 8 bis della l. 190/2012 sulla relazione annuale del RPCT di cui al comma 14 dello stesso articolo; inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento adottato dall'Azienda.

La nuova disciplina – improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con ANAC – prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV dal d.lgs. 150/2009 di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) 2022 viene affidata all'O.I.V. la verifica della coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, nonché i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del PNA 2019-2021, pagg. 32 e ss. e al contenuto del PNA 2022, pagg. 53 e ss.).

2.4.4 Premessa e mappatura dei processi sensibili

Preliminarmente si evidenzia che l'AOU Vanvitelli rientra tra i soggetti tenuti all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in avanti 'PIAO'), documento di programmazione unitario introdotto dal d.l. n. 80/2021, nel quale confluisce la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, unitamente ad altri strumenti di programmazione.

Con delibera del Direttore Generale n. 97 del 1° febbraio 2024, l'Azienda ha adottato il PIAO relativo al triennio 2024-2026.

La pianificazione contenuta nel presente documento, pertanto, si pone in progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2022 e del PNA 2023

Nello specifico, si osserva che, dopo le difficoltà incontrate negli anni precedenti gli anni 2023 e 2024 hanno visto un innalzamento del livello di coinvolgimento delle strutture aziendali nel processo di elaborazione, monitoraggio ed attuazione delle misure.

Tale percorso svolto attraverso un approfondito monitoraggio annuale, ha consentito da un lato di dare impulso concreto alle misure già programmate, dall'altro di coinvolgere concretamente i responsabili delle strutture nell'implementazione delle stesse e nella individuazione delle nuove. Tale attività è stata svolta in maniera trasversale con il coinvolgimento dell'Area tecnica, amministrativa, professionale e sanitaria.

In aderenza alle indicazioni fornite dall'ANAC nel PNA 2022, quindi, si è inteso porre in stretta correlazione le fasi della programmazione e del monitoraggio, in modo da incrementare il

processo ciclico di miglioramento della programmazione attraverso il rafforzamento e potenziamento della fase di monitoraggio e l'effettivo utilizzo degli esiti del monitoraggio di questo per la programmazione successiva delle misure di prevenzione.

Inoltre, l'AOU, interessata alle procedure relative alla predisposizione di progetti finanziati con i fondi di utilizzo del PNRR, vuole utilizzare tali fondi come opportunità per migliorare gli aspetti organizzativi aziendali e, quindi, tra questi la gestione e le attività di potenziamento della rete informatica stessa ed in particolare per supportare sia il piano della prevenzione della corruzione sia la realizzazione della trasparenza aziendale.

In concreto, il processo di elaborazione è iniziato come definito negli obiettivi strategici del presente paragrafo, con l'aggiornamento della mappatura dei processi gestiti dalle diverse unità organizzative, passando poi alla ricognizione dei possibili eventi rischiosi e alla valutazione del grado di rischio, per concludersi con la definizione delle misure ritenute più adeguate e sostenibili.

Nel complesso, sono stati individuati più processi nelle aree di rischio di seguito elencate:

1. Acquisizione e gestione personale
2. Contratti Pubblici
3. Sperimentazione, farmaceutica e dispositivi
4. Gestione liste di attesa
5. Attività libero-professionale
6. Gestione Entrate, Spese e Patrimonio
7. Affari legali e contenzioso
8. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
9. Attività conseguenti al decesso
10. Incarichi e nomine

In una **prima fase**, sono stati verificati l'elenco dei processi di competenza e quello degli eventi rischiosi prospettato, già individuati nell'anno precedente con i responsabili di unità:

- Approvazione sperimentazioni cliniche
- Gestione liste di attesa
- Affidamento incarichi esterni
- Attività pagamento fornitori
- Gestione delle attività conseguenti al decesso intra e inter-ospedaliero
- Esami esterni /trasferimento pazienti
- Nomina delle commissioni
- Inserimento in lista per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in regime di libera professione.

Nella **seconda fase**, ogni singolo responsabile di Unità è stato chiamato, in relazione ai processi di propria competenza, a valutare ed eventualmente proporre misure preventive.

La **terza fase** ha riguardato la progettazione del sistema di trattamento dei rischi individuati nella fase precedente.

Tale sistema comprende la definizione delle strategie di risposta al rischio e la progettazione delle azioni specifiche da implementare al fine di allineare il profilo di rischio residuo al livello di rischio considerato accettabile.

Mappatura dei processi

La mappatura consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi propri dell'Amministrazione, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura tiene conto delle indicazioni dell'ANAC che attraverso le sue Linee Guida ha accompagnato le Strutture da un'analisi del rischio di impronta quantitativa ad una analisi di impronta qualitativa.

Nel corso del 2024, anche in considerazione del mutato assetto organizzativo aziendale, si è proceduto ad aggiornare la mappatura dei processi preesistenti, attraverso incontri finalizzati svolti con i principali Responsabili.

Nella mappatura dei processi si è adottato il seguente **approccio metodologico**:

- sono stati sottoposti ai Direttori/Responsabili cataloghi più analitici dei processi elaborati secondo le indicazioni dell'ANAC e le comparazioni con realtà analoghe;
- è stato proposto il censimento di processi e rischi ulteriori;
- sono stati catalogati i fattori abilitanti al rischio;
- è stato definito, in termini qualitativi il livello di rischio, mediante la rilevazione degli indicatori condivisi con i singoli responsabili (per il dettaglio si v. il paragrafo seguente);
- sono state elaborate ipotesi di misure, catalogate per tipologia;
- i dati sono stati riorganizzati sistematicamente, previa condivisione/validazione, in sede di monitoraggio, con gli attori sopra individuati nelle schede Excel allegate, recanti la mappatura dei processi, la valutazione dei rischi e la programmazione delle misure.

Il suddetto documento "Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi – Programmazione delle misure" rappresenta il risultato del processo di gestione del rischio e nasce da tutti i contributi che, attraverso un percorso progressivamente più organico, sono stati forniti a tappe, mediante tutti gli strumenti di rilevazione utilizzati (scheda di monitoraggio, sessioni di audit, relazione di audit, formazione e condivisione degli esiti).

Nella presente sezione si riporta, pertanto, la mappatura dei processi riferibili alle principali attività dell'Azienda, con un livello di dettaglio riferibile ai "processi" di tutte le "aree di rischio". La tipologia di rappresentazione utilizzata è quella tabellare, per cui per ogni area sono individuati: - Area – Macro-processi – Processi. - Descrizione del processo. - Responsabili. -

Strutture coinvolte. - Rischi. - Fattori abilitanti. - Indicatori del livello di rischio. - Livello di esposizione a rischio. - Misure generali, con descrizione della misura, responsabilità, tempi e indicatori. - Tipologia della misura. - Misure specifiche, con descrizione della misura, responsabilità, tempi e indicatori.

La fase di mappatura ha visto un'importante attività di impulso del RPCT. Non sono mancate alcune criticità dovute, più che altro, alla complessità organizzativa della struttura in generale, nonché alla novità della metodologia di analisi, introdotta in un contesto normativo ancora in evoluzione.

L'elenco dei processi è riferibile ad aree di rischio, generali e specifiche, come di seguito indicate:
 - Aree generali: acquisizione e gestione del personale, incarichi e nomine, contratti pubblici, affari legali e contenzioso, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni; - Aree specifiche per la sanità: attività libero professionale, liste d'attesa, sperimentazioni, farmaceutica e dispositivi, decesso ospedaliero.

Per quanto riguarda l'area dei "provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari (con o senza effetto economico)", si segnala che l'AOU Vanvitelli non svolge attività riconducibile a tali fattispecie, anche alla luce delle precisazioni contenute nella delibera ANAC n. 468/2021 in materia di prestazioni del SSN.

La mappatura completa dei processi è riportata nell'allegate schede.

2.4.5 Analisi del contesto

Il processo di gestione del rischio corruttivo (*risk management*), si articola in tre fasi tra loro interconnesse:

1. analisi del contesto (interno ed esterno);
2. valutazione del rischio (identificazione – analisi – ponderazione del rischio);
3. trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure).

La prima fase è finalizzata a reperire informazioni necessarie ai fini dell'individuazione delle circostanze e dei fattori che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno della pubblica amministrazione in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione ed attività (contesto interno).

L'analisi del contesto costituisce, quindi, un'attività indispensabile per calibrare le misure di prevenzione della corruzione.

1A. Analisi del contesto esterno

L'analisi del **contesto esterno** consente di acquisire elementi utili a comprendere come l'ambiente nel quale l'Azienda opera, in virtù delle sue caratteristiche culturali, sociali, economiche, etiche, *etc.*, nonché le relazioni con gli *stakeholders*, siano in grado di condizionare impropriamente l'attività della stessa e agevolare fenomeni corruttivi.

Tale attività facilita, quindi, la fase di identificazione dei rischi, supportando nell'elaborazione di una adeguata strategia di prevenzione.

E' necessario premettere che una maggiore consapevolezza ed importanza è stata data alla lotta ai fenomeni corruttivi nel nostro Paese. La prevenzione della corruzione è stata al centro

dell'evoluzione normativa degli ultimi anni: a partire dalla legge 190 del 2012, l'attività legislativa è stata indirizzata verso una maggiore efficienza della pubblica amministrazione, volta alla semplificazione, alla trasparenza e al contrasto degli illeciti.

Al fine di fornire un quadro il più possibile aggiornato del contesto esterno, nazionale e regionale, si rimanda alle banche dati / relazioni / report di seguito evidenziati:

TRASPARENCY(indice di percezione della corruzione): <https://www.transparency.it/cpi-2023>, (pubblicato a gennaio 2024) - l'Italia conferma un punteggio di 56, posizionandosi al 42esimo posto su 180 Paesi e in 17esima posizione tra i 27 Stati dell'Unione europea.

COMMISSIONE EUROPEA (relazione sullo stato di diritto 2024) https://commission.europa.eu/publications/2024-rule-law-report-communication-and-country-chapters_it?prefLang=it

ANAC (relazione annuale al Parlamento): <https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2024>

MINISTERO INTERNO (i reati corruttivi – maggio 2024): https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-06/i_reati_corruttivi_maggio_2024.pdf

In particolare va evidenziata quella dell'ANAC che ha sottolineato, in particolare, quanto segue:

Lotta alla corruzione: L'ANAC ha sottolineato l'importanza di utilizzare tecnologie informatiche avanzate per prevenire e combattere la corruzione. L'incrocio dei dati nella Banca Dati ANAC, che contiene informazioni su oltre 60 milioni di appalti, è stato indicato come uno strumento cruciale.

Semplificazione e trasparenza: La relazione ha ribadito la necessità di semplificare le procedure amministrative e migliorare la trasparenza nella pubblica amministrazione. Questo include la creazione di un Portale Unico della Trasparenza, che raccoglierà informazioni essenziali sull'attività delle amministrazioni pubbliche.

L'attività in materia di trasparenza – oggetto di specifica analisi da parte dell'Autorità – ha fatto emergere gli elementi utili che di seguito si rappresentano:

A. *Analisi territoriale:* le segnalazioni hanno interessato tutte le Regioni del territorio nazionale, sebbene con percentuali differenti. Le Regioni maggiormente segnalate si sono confermate anche per il 2024 la Campania (16%) e il Lazio (14%), seguite dal Piemonte (12%) e dalla Puglia (10%), mentre quelle meno segnalate – come nel 2023 – sono risultate il Molise, il Trentino Alto-Adige e la Valle d'Aosta, con un'evidente correlazione tra il numero di segnalazioni e la dimensione e la popolosità del territorio. A livello provinciale, le segnalazioni hanno riguardato in via prioritaria le grandi città, con un'equa distribuzione su tutto il territorio (Roma n. 17; Torino n. 17; Napoli n. 10).

B. *Analisi di comparto:* l'analisi di comparto è in linea con l'analisi condotta nel 2023: anche per il 2024 sussiste una netta prevalenza delle segnalazioni relative agli enti locali (circa 60%), seguono le segnalazioni sulle società in controllo pubblico e sugli enti del servizio sanitario.

Efficienza delle stazioni appaltanti: Un altro punto critico è la riforma delle stazioni appaltanti. La relazione ha evidenziato la necessità di qualificare meglio queste stazioni per

ridurre inefficienze e sprechi di risorse pubbliche, obiettivo strategico anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Relazioni con gli *stakeholders*

Per garantire l'erogazione con continuità a tutti di servizi sanitari di elevato livello, pur nella mutevolezza e difficoltà delle situazioni che di anno in anno interessano il settore sanitario, è di primaria importanza la costruzione di un sistema di dialogo costante con gli *stakeholders*, sia esterni che interni e, in particolar modo, con quelli in grado di incidere sulla capacità dell'Azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Gli ***stakeholders* esterni** dell'AOU Vanvitelli possono essere identificati come segue:

- **interlocutori istituzionali:** il Ministero della Salute; la Regione Campania (in particolare la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e la Direzione Generale Politiche Sociali e Sociosanitarie); la Città metropolitana di Napoli; le altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale e regionale, che gestiscono i servizi sanitari e, su delega dei singoli enti locali, quelli socio- assistenziali; gli organismi sanitari pubblici e privati che esercitano attività sul territorio regionale e gli enti assistenziali pubblici.
- **interlocutori economici, imprenditoriali e sociali:** imprese fornitrici; imprese attive nel settore sanitario; organizzazioni sindacali e ordini professionali; associazioni di volontariato e le altre organizzazioni assistenziali non a scopo di lucro, che erogano le prestazioni individuate nell'ambito dei piani regionali, tramite apposite convenzioni; associazioni di autotutela dei cittadini, con le modalità e le garanzie previste dalla normativa vigente; le università; gli enti di ricerca, i cui organi svolgano attività finalizzata ai medesimi obiettivi del Servizio Sanitario Regionale; gli utenti.

Gli ***stakeholders* interni** sono i dipendenti in servizio e tutto il personale a vario titolo contrattualizzato dall'Azienda o che, a qualunque titolo e con ogni forma, presta attività per l'AOU Vanvitelli, anche in collegamento con l'Università Vanvitelli.

1B. Analisi del contesto interno

L'analisi del **contesto interno** riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (*cf.* Allegato 1 PNA 2019).

La selezione delle informazioni e dei dati relativi al contesto interno è funzionale sia a rappresentare l'organizzazione sia ad individuare quegli elementi utili a comprendere come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione. (*cf.* sottosezione anagrafica)

Nei paragrafi che seguono si illustra la struttura organizzativa dell'AOU Vanvitelli, dando al contempo evidenza della distribuzione dei ruoli e delle responsabilità attribuite, della qualità e quantità del personale, delle risorse finanziarie di cui si dispone, delle eventuali rilevazioni di fatti corruttivi interni, degli esiti di procedimenti disciplinari conclusi e delle eventuali segnalazioni di *whistleblowing*.

L'assetto organizzativo

Si rimanda per eventuali approfondimenti a quanto già descritto (cfr. sezione anagrafica) e si rimanda, per una immediata rappresentazione grafica dell'organizzazione aziendale al link: <https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/generics/download/artuff/1404>

Segnalazione di eventi corruttivi

All'esito del monitoraggio periodico, non si segnalano episodi corruttivi nel corso del 2024.

Non si segnalano procedimenti disciplinari, relativi all'anno 2024. Non sono pervenute segnalazioni di eventi corruttivi (*whistleblowing*).

Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno consente di confermare, in linea di massima, la priorità delle aree di rischio: **l'area di rischio dei contratti pubblici e le aree di rischio specifiche del settore Sanità.**

Considerato, infatti, che dai dati sopra riportati emerge che in tali aree è riscontrabile un più elevato impatto dei fenomeni corruttivi nel territorio campano e in amministrazioni ed enti che operano nel settore sanitario, l'analisi del rischio si è concentrata innanzitutto su tale ambito.

In particolare, considerando quanto emerge dalle relazioni del Ministero dell'interno e della DIA e tenendo anche conto delle tipologie di attività svolte (non solo sanitaria, ma anche universitaria e di ricerca), l'area degli appalti, da un lato e le aree delle sperimentazioni cliniche, della farmaceutica, del decesso ospedaliero, dall'altro, sembrano maggiormente esposte al rischio di infiltrazione da parte della criminalità organizzata.

Importante risulta anche una corretta gestione delle **relazioni intercorrenti con gli stakeholders**, in particolar modo con quelli privati (es. case farmaceutiche che propongono in sperimentazione farmaci o dispositivi medici, rappresentanti, informatori scientifici, etc.).

Senza dimenticare i rischi di corruzione sistemica negli incarichi e nomine, nei concorsi pubblici, nell'occultamento di contropartite e retribuzioni indebite nei rapporti dei professionisti con i soggetti privati (sponsorizzazioni, finanziamenti di eventi, congressi, *benefit* personali).

Si conferma, pertanto, la necessità di agire ancora sugli strumenti di prevenzione diffusa e di controllo sociale sugli abusi di potere, quali il monitoraggio, l'accesso civico e la formazione per rafforzare la cultura dell'integrità.

L' AOU Vanvitelli, tanto più, quale destinataria di fondi PNRR, si impone di prestare particolare attenzione ad adeguare le misure di prevenzione della corruzione al fine di evitare che si verifichino infiltrazioni di organizzazioni criminali o di altri soggetti intenzionati a distrarre risorse pubbliche.

Il processo di miglioramento continuo va pertanto inserito in una complessiva strategia di sviluppo organizzativo, culturale e professionale in cui risulta fondamentale anche il potenziamento dei meccanismi di formazione. A tal proposito è stato attivato il percorso formativo in materia di codice di comportamento e in materia di trattamento dati di cui al regolamento UE 2016/679. In tal senso, sono previste ulteriori iniziative volte a favorire un clima di legalità e trasparenza, tanto più necessarie quanto più ampia, articolata e complessa risulta l'Amministrazione.

2.4.6 Misure di prevenzione generali

Codice di comportamento

Le novità introdotte dalle “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN” approvate con determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, nonché dalle successive “Linee Guida in materia di codici di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni” adottate con determinazione ANAC n. 177 del 2021 hanno indotto l’AOU Vanvitelli ad aggiornare il codice di comportamento aziendale. È stato così adottato un nuovo codice di comportamento con delibera del Direttore Generale n. 56 del 27 settembre 2022. Un’ulteriore edizione del codice è stata adottata con delibera del Direttore Generale n. 298 del 28 dicembre 2022.

Con delibera 868 del 23.11.2023 è stato approvato il codice di comportamento aggiornato a seguito dell’entrata in vigore del DPR n. 81 del 13 giugno 2023 che ha apportato modifiche al DPR 62/2013 ed integra e sostituisce il previgente Codice adottato il 28.12.2022.

Il nuovo codice afferma i doveri fondamentali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti pubblici devono osservare sia in servizio sia fuori servizio. Questi sono i punti più importanti del nuovo testo:

- la **responsabilità attribuita al dirigente** per la crescita professionale dei collaboratori e per favorirne le occasioni di formazione e le opportunità di sviluppo
- l’**imposizione di comportamenti che sono atti a prevenire il compimento di illeciti** e di svolgere le proprie mansioni nel rispetto della legge, al fine di anteporre l’interesse pubblico a quello privato
- le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso l’**utilizzo dei social media** non devono in alcun modo essere riconducibili all’amministrazione di appartenenza o lederne l’immagine ed il decoro

Ai sensi dell’art. 54 c. 6 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, vigilano sull’applicazione del codice i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l’Ufficio di disciplina e la RPCT.

Ai fini dell’attività di vigilanza l’Azienda si avvale degli Uffici preposti all’azione disciplinare, che provvedono a trasmettere gli esiti dei relativi procedimenti in merito alle eventuali violazioni del codice rilevate e/o segnalate al vertice amministrativo e al RPCT.

Indicatori di attuazione della fase della predetta misura:

Numero di violazioni rilevate e/o segnalate
 Monitoraggio nel triennio: ogni anno
 Frequenza del monitoraggio: annuale
 Struttura responsabile: U.O.C Gestione Risorse Umane

I dati sui procedimenti sono inseriti nella relazione annuale elaborata dal RPCT ai sensi dell’art. art. 1 co. 14 della L. 190/2012. Le eventuali disfunzioni sui doveri comportamentali e le fattispecie di rilievo disciplinare rientrano tra gli elementi per la valutazione del livello di esposizione a rischio dei processi, in quanto ricompresi nell’indicatore «manifestazione di eventi corruttivi in passato», dal momento che la violazione dei doveri comportamentali innalza il livello di esposizione a rischio.

Il Codice di Comportamento è consultabile direttamente sul sito *web* istituzionale dell'Azienda in Amministrazione Trasparente/Atti Generali nonché è pubblicato sul "Portale dei dipendenti" dell'AOU Vanvitelli, dove altresì è stato inserito il corso per la formazione e – learning sul Codice di Comportamento.

1) **Inconferibilità/incompatibilità di incarichi**

Nelle procedure per l'attribuzione degli incarichi, nei contratti di assunzione, in quelli di affidamento di consulenze e collaborazioni e nei documenti di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture e nei contratti di sperimentazione, vengono inserite espressamente le clausole legate alle eventuali **incompatibilità ed inconferibilità di incarichi**.

I soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui alla legge 445/2000 - art. 46 di insussistenza delle cause di incompatibilità ed inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto.

Sono previsti il monitoraggio sulla acquisizione delle dichiarazioni sulla assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità nonché il controllo a campione sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite fino al 10%.

Sono state fornite ai Dirigenti preposti con nota prot. 7400 del 08.03.2024 modalità operative per il controllo sulla veridicità delle dichiarazioni.

Indicatori di attuazione della fase della predetta misura:

- n. di dichiarazioni acquisite/sul totale degli incarichi attribuiti.
- Monitoraggio nel triennio: ogni anno
- Frequenza del monitoraggio: annuale
- Struttura responsabile: tutte le U.O.C.

2) **Conflitti di interesse**

È compito dei Direttori/Responsabili delle articolazioni aziendali intraprendere adeguate iniziative per informare i propri collaboratori della disposizione di cui all'art. 1, comma 41 della L. 190/2012 relativa al "**Conflitto di interessi**", unitamente alla disposizione inserita all'art. 7 del Codice di Comportamento Nazionale e nel codice aziendale.

Nel corso del triennio si procederà all'acquisizione e verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse rese dal personale o da consulenti e collaboratori in caso di sopravvenienze.

Indicatori di attuazione della fase della predetta misura: numero di dichiarazioni acquisite su numero di dichiarazioni verificate

- Monitoraggio nel triennio: ogni anno
- Frequenza del monitoraggio: semestrale
- Struttura responsabile: tutte le U.O.C.

3) **Autorizzazione Incarichi extraistituzionali**

L'Azienda, al fine di ridurre l'eventuale cumulo di incarichi in capo ad uno stesso Dirigente o funzionario, procederà alla adozione di **regolamenti interni** al fine di definire i requisiti richiesti per lo svolgimento di incarichi d'ufficio.

Sono in corso di elaborazione norme specifiche finalizzate a disciplinare il conferimento di incarichi extraistituzionali che potrebbero realizzare situazioni di conflitto di interesse e che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

Quanto alle misure approntate, è prevista apposita modulistica contenente predeterminazione puntuale dei criteri per ottenere l'autorizzazione.

Va comunque tenuto presente che ai fini delle autorizzazioni viene considerato che lo svolgimento di incarichi extra professionali, costituendo una opportunità di arricchimento professionale determina tuttavia una ricaduta positiva sull'Azienda.

Indicatori di attuazione della fase della misura del rilascio delle autorizzazioni:
 Numero di autorizzazioni richieste/numero di autorizzazioni rilasciate
 Monitoraggio nel triennio: ogni anno
 Frequenza del monitoraggio: annuale
 Struttura responsabile: U.O.C. Gestione Risorse Umane

4) **Commissioni di gara e di concorso.**

In attuazione del dettato di cui all'art.35 bis del D.lgs. 165/2001, introdotto dal comma 46 della L.190/2012, è stato disposto l'obbligo di dichiarazione di insussistenza di cause ostative alla partecipazione a **commissioni** di concorso, anche con compiti di segreteria, rilasciata dai soggetti designati dall'Azienda quali componenti di commissioni di concorso o selezioni, mediante l'inserimento del riferimento alle condanne per i reati previsti nel Capo I del Titolo II libro II del Codice penale.

Analogamente è stato aggiornato il modello di autocertificazione che i commissari di gara devono obbligatoriamente sottoscrivere all'atto del conferimento dell'incarico, inserendo l'attestazione circa l'assenza di condanne penali relative ai reati di cui sopra.

Indicatori di attuazione della fase della misura "Acquisizione di una dichiarazione attestante l'insussistenza delle condizioni indicate dall'art. 35 bis d.lgs. N. 165/2001 all'atto del conferimento dell'incarico":

Numero di dichiarazioni attestate/numero di incarichi conferiti soggetti all'art. 35 bis del D.lgs. 165/2001.

Monitoraggio nel triennio: ogni anno
 Frequenza del monitoraggio: semestrale

Struttura responsabile: tutte le U.O.C

5) **Formazione**

La **formazione** riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione dipende dalla capacità di dar corso ad azioni formative.

L'Azienda, pertanto, come disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 prevede periodicamente la programmazione e l'erogazione di adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su almeno due livelli:

- **un livello generale:** rivolto a tutto il personale afferente all'Azienda finalizzato ad illustrare i contenuti e i valori etici e di legalità della Legge 190/2012 e i provvedimenti ad essa collegati;
- **un livello specifico:** rivolto al RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e Funzionari addetti alle aree di rischio, anche finalizzato alla formazione sulle attività di valutazione, analisi e trattamento del rischio secondo quanto indicato nel presente Piano.

Nel triennio 2025-2027 si continuerà il processo di formazione al fine di:

- creare una base omogenea minima di conoscenza che rappresenti l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale e della competenza specifica necessaria per svolgere le nuove attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- promuovere la conoscenza degli strumenti di prevenzione da parte di diversi soggetti che operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- favorire la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali, in ambito amministrativo, civile e lavoro, anche per una corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- approfondire la conoscenza dei valori etici mediante l'insegnamento di comportamenti e la diffusione di un codice etico.

La formazione dei dirigenti sarà rafforzata tramite corsi di alta specializzazione o comunque di specifici corsi selezionati dal RPCT

Per dettagli e approfondimenti si rimanda alla sottosezione del Piano della formazione.

Indicatori di attuazione della fase della misura "svolgimento dei corsi di formazione":

Numero di corsi svolti
 Monitoraggio nel triennio: ogni anno
 Frequenza del monitoraggio: annuale
 Struttura responsabile: U.O.C. Gestione Amministrativa P.O.

6) **Rotazione del personale/Misure alternative alla rotazione.**

Altro strumento di trattamento è costituito dalla rotazione del personale. A tal proposito, si debbono innanzitutto distinguere i concetti di rotazione ordinaria e straordinaria.

La rotazione c.d. ordinaria del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla Legge n.190/2012 con l'obiettivo di limitare il consolidarsi di rapporti che possano configurare o alimentare dinamiche di "*mala gestio*", evitando che il dipendente pubblico possa instaurare rapporti privilegiati in contrasto con l'interesse pubblico, conseguenti alla permanenza nel tempo nel medesimo ruolo o funzione. Tale misura deve essere vista, innanzitutto, come strumento

ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane e non come strumento da assumere in via emergenziale o con valenza punitiva.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione della **rotazione** del personale addetto alle aree a rischio.

Precisando che i Direttori di UO sanitaria, in quanto di fatto infungibili, non possono essere soggetti a rotazione, l'attuazione della rotazione dei Dirigenti e dei dipendenti coinvolti nelle attività maggiormente a rischio sarà effettuata tenuto conto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia, nonché delle esigenze organizzative e gestionali dell'Azienda ed in modo da tener conto delle specificità professionali per ambiti e settori.

L'AOU con i bandi di concorso per assunzione di personale sanitario e amministrativo, ha approcciato alla rotazione, anche solo parziale, nell'anno in corso, considerato che ha sopperito alla carenza di personale esclusivo prevalentemente sanitario-infermieristico ed in minor misura di quello amministrativo.

Nel biennio 2023-2024 la rotazione non è stata attuata per carenza di figure professionali. Ciò nonostante, per l'anno 2024, tenuto conto delle condizioni immutate, con nota prot. 8803 del 21.3.24 è stata suggerita l'adozione delle misure alternative di natura preventiva in deroga alla rotazione, suggerite dall'ANAC nel PNA 2019- 2021 e le indicazioni metodologiche contenute nell'allegato 2 dello stesso, confermate dal PNA 2022 -2024.

Indicatori di attuazione della fase della misura “Doppia sottoscrizione degli atti”:

Numero di atti con doppia sottoscrizione/sul totale
 Monitoraggio nel triennio: ogni anno
 Frequenza del monitoraggio: annuale
 Struttura responsabile: Tutte le U.O.C.

La rotazione straordinaria rappresenta una misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista dall'art.16, comma 1, lett. l-quater) del d.lgs. n.165/2001. Tale norma dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali “provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

L'ANAC, con l'obiettivo di far fronte all'incertezza normativa relativa alla definizione del concetto di “condotte di natura corruttiva” e alla determinazione precisa del momento del procedimento penale in cui debba essere effettuata dall'amministrazione la valutazione della condotta assunta dal dipendente, è da ultimo intervenuta con delibera n.215 del 26 marzo 2019 recante “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art.16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n.165/2001”.

Nell'anno 2024 non è stato necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)

7) Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d whistleblower)

La Legge n. 190/2012 prevede che l'Amministrazione debba rendere disponibili strumenti che consentano la **segnalazione di situazioni di illecito** e deve garantire: 1) l'anonimato del segnalante; 2) il divieto di discriminazione nei confronti del segnalante; 3) la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

È stata implementata la piattaforma informatica per il whistleblowing, che prevede che le segnalazioni vengano trattate attraverso un canale di segnalazione sia interno che esterno ((d.lgs. 24/2023)) su piattaforma informatica web che garantisce la riservatezza del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché di dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione. Nello specifico, come riportato nell'apposita procedura accessibile tramite link dal sito aziendale, adottata dall'AOU Vanvitelli, la segnalazione è indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), deputato alla trattazione dell'evento. La riservatezza della identità del segnalante è garantita attraverso l'uso di un sistema di crittografia utilizzato dalla piattaforma informatica; un codice identificativo univoco assegnato all'atto della registrazione sul portale consente al segnalante di "dialogare" con l'Azienda in modo anonimo e spersonalizzato. La piattaforma non utilizza nessun registro degli indirizzi IP e non lascia tracce nella *cache* del *browser*.

Indicatori di attuazione della fase della misura Acquisizione e trattazione delle segnalazioni:

Numero di segnalazioni pervenute su numero di segnalazioni trattate.
 Monitoraggio nel triennio: ogni anno.
 Frequenza del monitoraggio: annuale
 Struttura responsabile: RPCT

8) Divieto di pantouflage (art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165/2001)

Il comma 16 ter dell'art.53 del Dlgs 165/01 dispone: " I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti. "

Si rinnovano in questa sede le prescrizioni relative:

- all'obbligo di inserire nei bandi di gara, anche mediante procedura negoziata, o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, la dichiarazione per l'operatore economico concorrente di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione della norma sul pantouflage;
- di inserire negli atti di assunzione di personale la clausola che prevede il divieto di pantouflage;
- la dichiarazione, da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, per color che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*.

Inoltre, è stata data ampia diffusione in merito al contenuto delle recenti Linee Guida rilasciate dall'ANAC in materia ai dirigenti delle UU.OO.CC

Indicatori di attuazione della fase della misura “Acquisizione delle dichiarazioni di pantouflage rese dal personale cessato dal servizio nel corso dell’anno:

Numero di dichiarazioni acquisite sul numero di dipendenti cessati dal servizio
Monitoraggio nel triennio: ogni anno
Frequenza del monitoraggio: annuale
Struttura responsabile: U.O.C. Gestione Risorse Umane

9) **Monitoraggio dei tempi procedurali**

La legge 190/2012 è intervenuta sulla questione relativa alla tempistica procedimentale e, considerata l'inerzia dell'Amministrazione nel provvedere quale elemento potenzialmente sintomatico di corruzione e illegalità, ha rafforzato l'obbligo in capo agli Enti di monitorare il rispetto dei termini, previsti da leggi o regolamenti, per la conclusione dei procedimenti e di eliminare tempestivamente le anomalie riscontrate. In base alle disposizioni del D. Lgs n. 33/2013, inoltre, le pubbliche amministrazioni sono tenute a pubblicare i risultati del monitoraggio nel sito web istituzionale.

Alla luce di quanto sopra, si procederà ad attuare nel triennio la “Misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparati con i termini previsti dalla normativa vigente (tempi di pagamento)”

Indicatori per l'attuazione della fase della misura:

Pubblicazione dei tempi di pagamento
Monitoraggio nel triennio: ogni anno
Frequenza del monitoraggio: annuale
Struttura responsabile: U.O.C. Gestione Risorse Economiche – Finanziarie.

10) **RASA**

Nel “*Piano nazionale Anticorruzione 2016*”, approvato con Determinazione Anac n. 831/16, l'individuazione del “RASA” - Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante - rappresenta misura organizzativa di Trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Il RASA, oltre alla responsabilità dell'iniziale verifica o compilazione delle informazioni contenute nell'AUSA - Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti - è responsabile dell'aggiornamento annuale dei dati, affinché la stazione appaltante sia "attiva" e possa accedere al servizio AUSA. L'art. 33-ter del D.L. 179-2012 prescrive infatti che i dati presenti sull'AUSA siano aggiornati almeno una volta all'anno, pena la nullità di diritto degli atti compiuti dopo la data in cui l'aggiornamento deve essere effettuato.

Indicatori per l'attuazione della fase della misura “Verifica periodica dei dati inseriti in AUSA”:

Inserimento/aggiornamento dei dati in AUSA.
Monitoraggio nel triennio: ogni anno
Frequenza del monitoraggio: annuale

Struttura responsabile: Responsabile RASA

2.4.7 Misure specifiche per gli interventi finanziati con i fondi PNRR

Visto l'ingente flusso di risorse economiche a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, l'Azienda intende presidiare con specifiche e puntuali misure tutti gli affidamenti relativi al PNRR, di seguito elencate:

- misure di trasparenza (tracciabilità informatica degli atti);
- Applicazione del Codice di Comportamento
- Dichiarazioni sull'assenza di conflitto di interesse.

2.4.8 Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)

La Legge n. 190/2012 prevede che l'Amministrazione debba rendere disponibili strumenti che consentano la **segnalazione di situazioni di illecito** e deve garantire: 1) l'anonimato del segnalante; 2) il divieto di discriminazione nei confronti del segnalante; 3) la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

È stata implementata la piattaforma informatica per il whistleblowing, che prevede che le segnalazioni vengano trattate attraverso un canale di segnalazione interno ((d.lgs. 24/2023)) su piattaforma informatica web che garantisce la riservatezza del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché di dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione. Nello specifico, come riportato nell'apposita procedura accessibile tramite link dal sito aziendale, adottata dall'AOU Vanvitelli, la segnalazione è indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), deputato alla trattazione dell'evento. La riservatezza della identità del segnalante è garantita attraverso l'uso di un sistema di crittografia utilizzato dalla piattaforma informatica; un codice identificativo univoco assegnato all'atto della registrazione sul portale consente al segnalante di "dialogare" con l'Azienda in modo anonimo e spersonalizzato. La piattaforma non utilizza nessun registro degli indirizzi IP e non lascia tracce nella *cache* del *browser*.

2.4.9 Pantouflage

Il comma 16 ter dell'art.53 del Dlgs 165/01 dispone: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti. "

Si rinnovano in questa sede le prescrizioni relative:

- all'obbligo di inserire nei bandi di gara, anche mediante procedura negoziata, o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, la dichiarazione per l'operatore economico concorrente di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione della norma sul pantouflage;

- di inserire negli atti di assunzione di personale la clausola che prevede il divieto di pantouflage;
- la dichiarazione, da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, per color che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*.

Inoltre, è stata ampia diffusione in merito al contenuto delle recenti Linee Guida rilasciate dall'ANAC in materia ai dirigenti delle UU.OO.CC.

2.5 Trasparenza

La presente sezione contiene la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza amministrativa.

In particolare, si prevede il proseguimento delle azioni volte alla realizzazione completa degli adempimenti relativi alla pubblicazione dei dati, l'aggiornamento della tabella riportante i singoli dati ed informazioni oggetto di pubblicità con indicazione delle responsabilità, l'introduzione di nuove misure per la regolarità e tempestività dei flussi informativi e la conferma delle misure già previste nelle precedenti pianificazioni dell'Azienda.

L'Azienda favorisce la connessione tra il concetto di trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività alle informazioni detenute dalla stessa e il concetto di integrità, nel senso che quest'ultima può essere realizzata soltanto in un contesto amministrativo trasparente. La pubblicazione di determinate informazioni, pertanto, oltre a realizzare i principi della trasparenza e dell'integrità, si configura come uno strumento che permette di prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione.

2.5.1 L'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni

L'Azienda garantisce la **pubblicazione** obbligatoria sui siti istituzionali delle informazioni concernenti la propria organizzazione e attività.

Vedi tabella obblighi di pubblicazione, all'uopo allegata.

Si intende perseguire tale obiettivo anche attraverso il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, espressamente indicati dal legislatore all'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Per conseguire i risultati attesi, al fine di raggiungere standard di tempestività sempre più elevati, l'AOU Vanvitelli intende implementare l'informatizzazione del flusso dati, destinati alla sezione "Amministrazione trasparente" attraverso le seguenti misure organizzative per la regolarità e tempestività dei flussi:

- Utilizzo efficace delle tecnologie dell'informazione
- Rispetto dei criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, semplicità ed omogeneità
- Adozione dei provvedimenti per garantire e facilitare l'esercizio del diritto di accesso

- Trasparenza nei rapporti con i terzi fornitori
- Applicazione integrale dei principi di trasparenza al proprio ciclo di gestione della performance
- Sensibilizzazione circa la tempestività dei flussi e relativo costante monitoraggio

Si prevede, ad oggi il potenziamento del sito web e l'introduzione di strumenti di automazione: in particolare, si punterà ad azioni finalizzate a rendere sempre più fluida, tempestiva ed automatica l'acquisizione delle informazioni e dati oggetto di pubblicazione, attraverso il recepimento diretto dei dati alimentati nei normali percorsi gestionali, di tutte le informazioni destinate alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2.5.2 Il diritto di accesso

Per quanto attiene alla disciplina dell'**accesso**, sia esso inteso quale **documentale** o **civico semplice** e **civico generalizzato**, in un'ottica di continuo miglioramento, di semplificazione e con lo scopo di assicurare al cittadino una maggiore partecipazione all'azione amministrativa, le informazioni e la modulistica per l'esercizio dei diritti di accesso sono pubblicate nella sezione "Amministrazione in Trasparente" raggiungibile alla seguente *path*: [www.policliniconapoli.it→amministrazionetrasparente→altricontenuti→accessocivico](http://www.policliniconapoli.it/amministrazionetrasparente/altricontenuti/accessocivico).

2.5.3 Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza

L'attuazione degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza è oggetto di monitoraggio costante da parte dei dirigenti responsabili e dei loro referenti operativi.

Le modalità di gestione dei dati e delle informazioni riportate sul sito internet dell'Azienda sono rimesse alla responsabilità del dirigente della singola Struttura aziendale che li produce o comunque li detiene, rispondendo dunque della loro correttezza, completezza e aggiornamento.

Come espressamente previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili di Struttura devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il RPCT effettua un monitoraggio semestrale sugli adempimenti di cui al D.Lgs 33/2013 (e per talune informazioni, ad esempio quelle contenute in "consulenti e collaboratori", anche trimestrale) e quando necessario sollecita i dirigenti a cui compete l'adempimento o l'aggiornamento da effettuare.

Infine, l'OIV attesta annualmente il rispetto degli obblighi di trasparenza in capo all'Azienda, attraverso una verifica compiuta con l'utilizzo di un file c.d. "griglia di attestazione" predisposto ogni anno da A.N.A.C e contenente alcuni obblighi a campione.

2.5.4 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio è un'attività fondamentale e continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio. E' in tale fase infatti che, nel corso dell'anno, viene monitorato l'andamento degli indicatori in modo tale da rendersi conto se alcuni degli obiettivi prefissati sono lontani dalla loro realizzazione ed è pertanto necessario porre in essere delle azioni correttive per far sì che alla fine dell'anno tali obiettivi vengano effettivamente raggiunti

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio previste e della loro efficacia è responsabilità del RPCT che, a tal fine, si coordina con gli organismi di monitoraggio della *performance* organizzativa e individuale.

Il sistema di monitoraggio, semestrale e annuale, è articolato su 2 livelli:

il primo livello è in capo al direttore/responsabile della struttura organizzativa chiamata ad adottare le misure (autovalutazione), e fornisce al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure stesse; il secondo livello compete al RPCT, coadiuvato dalla struttura Controllo Interno.

La verifica dell'attuazione degli obiettivi annuali prevede, oltre al monitoraggio semestrale, una rendicontazione finale che dà conto delle relazioni redatte a fine anno dai direttori/responsabili di struttura ed è pubblicata sul sito aziendale (relazione annuale del RPCT) nei primi mesi dell'anno successivo (la relazione riguarda anche i rischi corruttivi)

I risultati del monitoraggio degli obiettivi sono condivisi con l'POIV e con la Direzione Aziendale e trasmessi alle strutture competenti in materia di performance organizzativa e individuale.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è poi l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

2.5.5 Monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure

Si premette che, considerata la dimensione dell'Azienda e le specificità organizzative collegate alla *mission* istituzionale propria di una organizzazione che eroga servizi sanitari di elevata specializzazione, il processo di monitoraggio è oggettivamente complesso.

Nel corso del 2024, il RPCT ha, quindi, proceduto al monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. In concreto, avvalendosi della collaborazione dei referenti, ha provveduto all'analisi di quanto già precedentemente avviato, per poi dare impulso alle modifiche ritenute necessarie.

Il monitoraggio è stato articolato su due livelli:

- il coordinamento svolto dal RPCT sul funzionamento del sistema nel suo complesso;
- il presidio costante che ciascuna unità operativa è tenuta a svolgere nell'ambito dei processi di competenza.

Le attività di monitoraggio si sono incentrate sui processi, sulle misure dettagliate nella mappatura e sui singoli obblighi di pubblicazione ed è stato eseguito con audit in presenza, schede di monitoraggio, relazioni e documenti interni esplicativi e ricognitivi.

L'ultimo monitoraggio, svolto durante tutto l'esercizio 2022, ha registrato un maggior coinvolgimento e un più alto livello di consapevolezza e di partecipazione diretta dei responsabili delle strutture amministrative, tecniche e sanitarie, più esposte a rischio corruzione. L'attività è stata svolta su forte impulso ed in stretta collaborazione con il Responsabile Trasparenza e Anticorruzione e con il supporto della Direzione Strategica.

All'esito di detto monitoraggio, sono emerse criticità e dati utili alla programmazione come dettagliata nel presente documento, integrando anche il livello di dettaglio della mappatura dei processi, sia in termini qualitativi che numerici.

Tale attività, unitamente a quella di aggiornamento dell'intera mappatura dei processi, ha costituito il punto di partenza per una revisione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, che sono state adeguate in modo da essere effettivamente adottabili ed in grado di realizzare efficacemente gli obiettivi strategici, in un'ottica di integrazione della prevenzione della corruzione con gli altri strumenti di programmazione definiti dall'Azienda.

2.5.6 Riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio

Affianco al monitoraggio, l'Azienda si propone di procedere a un **riesame**, con frequenza almeno annuale, delle misure adottate, in modo da garantire l'acquisizione costante e continua, nel corso del triennio di riferimento, dei dati e delle informazioni utili alla verifica del funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, insieme al monitoraggio delle misure di mitigazione del rischio, rappresenterà un tassello fondamentale per assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, riguardando tutte le fasi del processo di gestione del rischio, e verrà coordinato dalla RPCT.

Tale riesame richiederà la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti, identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. Si intende implementare, quindi, il riesame come prassi che non porti all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati e sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.



SEZIONE 3
**Organizzazione e
capitale umano**

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Come già precedentemente precisato, la missione dell'AOU Vanvitelli, quale azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e Università, è quella di realizzare *“l'integrazione tra le attività di ricerca, didattica e assistenza, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'Università e della Scuola di Medicina e Chirurgia.*

Inoltre, l'AOU risponde all'esigenza programmatica di decongestionare l'area metropolitana partecipa alla rete delle emergenze-urgenze come DEA di II livello

L'AOU Vanvitelli garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca”.

L'organizzazione dell'Azienda è improntata ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché a quello di flessibilità che la rendono funzionale agli obiettivi di volta in volta fissati dalla Direzione e si articola in:

- Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI);
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), ove previste per particolari condizioni di carattere organizzativo;
- Unità Operative Semplici (UOS), ove previste per particolari condizioni di carattere organizzativo. - Programmi

Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione di ciascuna istituzione, l'Università degli Studi della Campania, Scuola di Medicina e Chirurgia e AOU Vanvitelli realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale attraverso la definizione di programmi annuali e pluriennali che coinvolgono tutte le Unità Operative, rispondenti ai requisiti di accreditamento per la rete formativa delle Scuole di Specializzazione previsti dalla legislazione nazionale in materia.

Il Protocollo di Intesa definisce gli atti che il Direttore Generale dell'AOU Vanvitelli adotta di concerto o di intesa con il Rettore dell'Università degli studi della Campania.

3.1.1 I Dipartimenti ad attività integrata

I DAI rappresentano il modello di dipartimento peculiare dell'AOU Vanvitelli.

Essi sono lo strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda, assicurano l'esercizio integrato delle attività didattiche, di ricerca e assistenziali attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico disciplinari, al fine di assicurare il più alto livello possibile di integrazione fra prestazioni didattiche, di ricerca e di assistenza, fondendo al meglio le differenti e complementari competenze istituzionali dell'Università e del SSR, nell'ambito di una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali e umane.

3.1.2 Dipartimenti interaziendali

Sulla base della programmazione regionale, l'AOU partecipa, inoltre, alla formazione e organizzazione dei Dipartimenti interaziendali di attività sanitarie in coerenza con la propria missione:

- Dipartimento interaziendale integrato di Oncologia Pediatrica con l'AORN Santobono-Pausilipon (D.C. n. 33 del 2016);
- Dipartimento interaziendale integrato di Nefrologia Clinica e Sperimentale AOU-Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e AORN "Azienda dei Colli" finalizzato alla realizzazione di una organizzazione territoriale di assistenza al paziente nefropatico (del. 839 del 29.9.2014).

Le Unità operative

Le Unità Operative sono articolazioni organizzative che aggregano al loro interno risorse professionali (di tipo sanitario, tecnico, professionale e/o amministrativo), strutturali e tecnologiche complessivamente orientate a perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale secondo i criteri dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa.

Le Unità Operative aziendali sono distinguibili in Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici secondo la definizione ricavabile dalle vigenti disposizioni regionali, dai vigenti contratti collettivi ed in relazione alla rispondenza ai seguenti parametri:

- rilevanza strategica o grado di priorità dell'azione svolta rispetto agli obiettivi aziendali o alla domanda di servizi;
- complessità delle relazioni organizzative (intersettorialità, interdisciplinarietà e interprofessionalità) riferibili alla struttura per conseguire più elevati livelli di efficacia, efficienza e rendimento degli interventi;
- livello qualitativo e quantitativo dei prodotti e servizi offerti e delle risorse da gestire (budget);
- rilevanza, intensità e frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'Azienda;
- livello di autonomia e di responsabilità.

Esse costituiscono l'articolazione principale del dipartimento e sono espressamente finalizzate all'assolvimento di specifiche e definite funzioni, di amministrazione, di programmazione o di produzione di prestazioni o servizi sanitari, la cui complessità organizzativa o la cui valenza strategica rendano opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità organizzativa e di gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie assegnate.

Unità Operative Complesse

Sono articolazioni aziendali interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, cui è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate. Esse esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o

aziendale e che mobilitano un volume di risorse umane, finanziarie e/o tecniche o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo.

In ogni caso l'individuazione delle UOC è subordinata al rispetto di alcuni presupposti:

- rispondenza delle funzioni agli atti di programmazione regionale o aziendale;
- rispondenza alla normativa regionale in materia di accreditamento;
- necessità di gestione unitaria e di integrazione delle attività al fine di evitare la frammentazione delle funzioni in ragione del miglioramento della qualità della performance, nell'ottica del miglior utilizzo delle risorse assegnate;
- compatibilità con le risorse disponibili.

Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le UOSD sono articolazioni interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo. Tali funzioni possono realizzarsi mediante la gestione condivisa di specifiche risorse con una o più UOC di riferimento, in conformità alla pianificazione regionale e alla programmazione aziendale, finalizzate ad una più efficace e proficua organizzazione, ad una ottimizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate, nonché ad una migliore qualità assistenziale.

Unità Operative Semplici

Sono articolazioni interne alla UOC alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo.

3.1.3 Strutture in Staff alla Direzione Generale

Al fine di garantire la piena attuazione del processo di aziendalizzazione del SSN e consentire altresì il perseguimento dell'integrazione tra attività di ricerca, didattica e assistenza, l'AOU Vanvitelli si avvale di Unità Operative e/o "Aree di coordinamento" di staff a supporto delle proprie funzioni strategiche per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento.

Le strutture di staff sono dotate di risorse proprie, caratterizzate da elevato orientamento ai risultati, flessibilità nei compiti svolti, nei processi e negli strumenti utilizzati, alto tasso di innovazione organizzativa e gestionale delle attività.

3.1.4 La Direzione Medica

La Direzione Medica rappresenta lo snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico ed operativo in base agli obiettivi assegnati nell'ambito della pianificazione e programmazione aziendale.

La Direzione Medica concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali operando sulla base degli indirizzi della Direzione Generale, collabora con il Direttore Sanitario garantendo supporto tecnico alle scelte strategiche della Direzione, assicurando tutti gli elementi utili per le decisioni di orientamento della politica aziendale.

La Direzione Medica, rapportandosi con le altre articolazioni aziendali, promuove l'implementazione e la diffusione degli strumenti di governo clinico, la realizzazione di percorsi clinico-assistenziali, la formazione degli operatori, le attività di ricerca e innovazione clinica, sovrintendendo, nel contempo, nell'ambito della mission aziendale, a tutti gli aspetti organizzativi e di tipo igienico sanitario e attuando gli indirizzi operativi e gli obiettivi definiti dalla Direzione Sanitaria.

3.1.5 I Servizi amministrativi e tecnici

I Servizi Amministrativi e Tecnici dell'Azienda rappresentano le “strutture di supporto alla produzione”, mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.

Essi sono organizzati in Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali, Semplici e in articolazioni organizzative.

Come emerge dagli organigrammi, il sistema delle responsabilità si distribuisce attraverso un sistema di apicalità che garantisce un modello organizzativo che permette la gestione della complessità. Di seguito viene riportata una tabella riepilogativa degli incarichi di direzione di maggiore responsabilità, da cui si evince il numero di apicalità, nonché il numero di incarichi di Direzione di UOSD previsti dal vigente Atto Aziendale, secondo le precisazioni sopra riportate.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Lavoro Agile

Con DDG n 673 del 15/09/2023 è stato adottato il “Regolamento Aziendale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e da remoto” pubblicato sul sito istituzionale dell'AOU/Vanvitelli ed ivi consultabile.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale.

Il personale in part time verticale potrà usufruire del lavoro agile, in proporzione alle ore di lavoro in presenza previste dal contratto part time, fermo restando che verrà data priorità nella rotazione al personale in servizio a tempo pieno.

Non possono essere svolte a distanza le attività che per loro natura richiedono la presenza fisica del lavoratore (es. custodia aule, portierato, autisti); pertanto, il personale adibito esclusivamente a tali mansioni non potrà svolgere attività a distanza, salvo che concordi con il responsabile di struttura lo svolgimento di attività proprie della categoria e rientranti nei requisiti del lavoro a distanza.

Sono esclusi i lavori in turno e quelli che svolgono una prestazione che richiede l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Il luogo di lavoro presso il quale il/la Dipendente svolge la prestazione in modalità lavoro agile è individuato discrezionalmente dal singolo lavoratore, ma deve essere rispondente ai criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza, in modo da non pregiudicare la tutela del lavoratore e la segretezza dei dati di cui lo stesso dispone per motivi d'ufficio. Il luogo scelto dal lavoratore agile deve, in ogni caso, essere tale da garantire il corretto svolgimento dell'attività lavorativa, consentendo anche il collegamento con i sistemi aziendali.

L'amministrazione nel dare accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività, garantendo pari opportunità e seguendo un principio di rotazione del personale.

L'amministrazione riconoscerà priorità di accesso al lavoro agile secondo quanto prescritto dall'art. 6 del citato regolamento e, precisamente:

- a. condizioni di salute del lavoratore, con priorità per i dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 3, Legge 104/1992;
- b. condizioni di salute del lavoratore, con priorità per i dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita;
- c. lavoratrici madri in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.Lgs. 15/1/2001, da comprovare a mezzo di autocertificazione ovvero dei lavoratori con figli in condizioni di disabilità ex art. 3, comma 3, L.104/1992;
- d. lavoratori che assistono un parente disabile ex art. 3, comma 3, L.104/1992 o in condizioni di immunodepressione, purché certificate;
- e. il personale qualificato fragile ai sensi del DM 04/02/2022.

In ogni caso l'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Le attività smartabili dovranno rispettare i seguenti criteri:

- attività codificabili e standardizzabili che possono essere gestite efficacemente tramite l'utilizzo di procedure informatiche (es. caricamento dati, sviluppo software, rilevazioni ministeriali effettuate mediante piattaforme informatiche, assistenza informatica on line);
- compiti lavorativi che vengono svolti nell'ambito di processi vincolati a specifiche normative o procedure (es. procedimenti vincolati);
- attività che possono essere svolte in autonomia e monitorate a distanza dal responsabile di struttura e che non richiedono intervento costante e giornaliero del responsabile;
- attività per le quali non è pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti all'utenza o per le quali l'interazione diretta tra operatore ed utente può avvenire con strumenti telematici.

L'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile è di competenza del Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura, il quale è tenuto a compiere una ricognizione sulle attività compatibili con una prestazione lavorativa a distanza, in quanto non comportano, se espletate da remoto, disagio alla funzionalità della Struttura ed alla qualità del servizio offerto.

- Accordo individuale

Il personale dovrà sottoscrivere unitamente al proprio responsabile di struttura/Superiore gerarchico/Dirigente, il relativo Accordo Individuale di Lavoro Agile. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- attività da svolgere, obiettivi da raggiungere ed eventuali priorità da rispettare;
- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può avere, al massimo, durata annuale (eventualmente rinnovabile con la stipula di un nuovo accordo)
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifico cronoprogramma delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza; Qualora si verifichi l'esigenza di modificare quanto indicato, i lavoratori nell'ambito del contratto individuale di lavoro agile sottoscritto, potranno variare esclusivamente il cronoprogramma, concordandolo con il responsabile di struttura.
- strumenti di lavoro previsti/proposti;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017 per il recesso dei lavoratori disabili (termine non inferiore a 90 giorni) o per i casi di recesso per giustificato motivo. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.
- ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione delle fasce di disconnessione;
- fasce di contattabilità di almeno quattro ore al giorno (anche discontinue);
- i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 300/1970 e s.m.i.

Di norma, si prevede un report sull'andamento dell'attività svolta e una relazione da consegnare al responsabile della struttura in forma scritta con cadenza trimestrale;

- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

L'Amministrazione provvederà a comunicare al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali i nominativi dei dipendenti e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro in modalità agile, in base a quanto previsto dall'art. 23, comma 1, della Legge 22 maggio 2017, n. 81 (come modificato dall'art. 41 bis del D.L. n. 73/2022, c.d. Decreto Semplificazioni, conv. in Legge n. 122/2022) secondo le modalità individuate con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 agosto 2022, mediante l'apposito portale: <https://servizi.lavoro.gov.it/Public/login?retUrl=https://servizi.lavoro.gov.it/&App=ServiziHome>.

Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione

La prestazione lavorativa può essere svolta in modalità agile rispettivamente per un numero massimo di 12/8/4 giornate al mese per le diverse tipologie di personale.

Il lavoratore può distribuire liberamente l'attività lavorativa nell'arco della giornata, la prestazione lavorativa può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro. Durante tale fascia il/la dipendente sarà tenuto a rispondere tempestivamente a tutti i portatori di interesse che abbiano necessità di interloquire in tempi brevi. Di norma, il/la dipendente deve garantire, nell'arco della giornata di lavoro agile, la contattabilità per almeno 4 ore (per chi svolge attività lavorativa in part-time, le 4 ore giornaliere sono ridotte in misura proporzionale alla riduzione dell'attività lavorativa giornaliera), in fasce orarie anche discontinue, concordate con il Responsabile della Struttura. Al fine di garantire un'efficace interazione con la sede di servizio, le ore di contattabilità che dovranno essere assicurate nell'arco della giornata di lavoro agile dovranno essere preferibilmente coincidenti con i periodi di compresenza e con l'orario di servizio mediamente osservati presso la struttura di appartenenza.
- fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo. Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. Pertanto, in tale fascia non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il responsabile per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nelle fasce di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea, i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità.

Per le giornate svolte in modalità agile, il/la dipendente registra il relativo giustificativo sulla procedura di gestione delle presenze. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, missione, reperibilità, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, progetti. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio responsabile di struttura. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza per il tempo necessario al corretto ripristino della funzionalità della strumentazione informatica. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro. Per sopravvenute esigenze di servizio o in periodi di maggiore carico lavorativo, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il dipendente richiamato in servizio può concordare con il responsabile della struttura il recupero delle giornate di lavoro agile non fruite. Il dipendente può, altresì, essere richiamato in servizio qualora si verifichi l'impossibilità sopravvenuta di realizzazione dell'attività e/o dell'obiettivo assegnato nell'accordo senza il costante intervento del responsabile della struttura e/o senza l'interazione con gli altri colleghi.

3.2.2 Lavoro da remoto

La prestazione lavorativa può essere svolta, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che non viene svolta presso la sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato, ma presso il domicilio del dipendente. Nel lavoro da remoto con vincolo di tempo, il lavoratore è soggetto al medesimo orario di servizio e ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio. Sono altresì, garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari e trattamento economico, compreso il buono pasto. Fermo restando quanto previsto in relazione all'esperimento dei livelli di relazioni sindacali, le amministrazioni possono adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio - nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse amministrazioni, che richiedono un presidio costante del processo e nel caso in cui sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

- Accesso al lavoro da remoto

L'adesione al lavoro da remoto ha natura consensuale e volontaria ed è consentito al personale di seguito indicato, come riportato all'art. 9 del citato regolamento:

- dipendenti rientranti nelle situazioni di fragilità di cui al D.M. 4 febbraio 2022 o dichiarato

fragile dal medico competente;

- personale disabile nelle condizioni di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3;
- dipendenti prossimi alla pensione per i quali in base ai requisiti pensionistici vigenti manchino 3 anni dalla pensione con residenza e/o domicilio distante oltre 25 km dalla sede di servizio.

Sono esclusi i lavori in turno e quelli che svolgono una prestazione che richiede l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Il luogo di lavoro presso il quale il/la Dipendente svolge la prestazione in modalità lavoro agile coincide, di norma, con la propria dimora abituale. L'amministrazione concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale. L'amministrazione nel dare accesso al lavoro da remoto ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività, seguendo un principio di rotazione del personale. L'amministrazione riconoscerà priorità di accesso al lavoro da remoto secondo i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti che si riportano in allegato. Fermo restando i livelli di relazioni sindacali contrattualmente previsti, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in modalità remota. Le attività da eseguire da remoto dovranno rispettare i seguenti criteri:

- attività codificabili e standardizzabili che sono gestite efficacemente tramite l'utilizzo di procedure informatiche (es. caricamento dati, sviluppo software, rilevazioni ministeriali effettuate mediante piattaforme informatiche, assistenza informatica on line);
- attività che possono essere monitorate a distanza dal responsabile di struttura;
- attività per le quali l'interazione diretta tra operatore ed utente avviene con strumenti telematici;

Accordo individuale

Il personale dovrà sottoscrivere unitamente al proprio responsabile di struttura il relativo Accordo Individuale di Lavoro da remoto. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- attività da svolgere, che coincide con le attività svolte presso la sede dell'ufficio;
- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- orario di lavoro che coincide con quello svolto in presenza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017 per il recesso dei lavoratori disabili (termine non inferiore a 90 giorni) o per i casi di recesso per giustificato motivo. In presenza di

un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato;

- ipotesi di giustificato motivo di recesso; In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.
- indicazione delle fasce di disconnessione;
- i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 300/1970 e s.m.i. Di norma, un report settimanale sull'andamento dell'attività svolta e una relazione da consegnare al responsabile della struttura in forma scritta con cadenza mensile;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

- Articolazione della prestazione in modalità da remoto e diritto alla disconnessione

La durata e l'articolazione della prestazione lavorativa da remoto è pari alle ore della propria giornata di lavoro in presenza, avendo cura di prevedere una pausa di almeno 15 minuti qualora la giornata lavorativa sia superiore alle 6 ore, così come previsto per il lavoro in presenza. È prevista una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. Pertanto, in tale fascia non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il responsabile per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione. Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea, i permessi di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi stabiliti per la fascia di contattabilità. Per le giornate svolte in modalità da remoto, la presenza sarà registrata tramite un software di automazione. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità da remoto non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, missione, reperibilità, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio responsabile di struttura. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere

temporaneamente impossibile la prestazione lavorativa, richiama il dipendente a lavorare in presenza.

Lavoratori con priorità di accesso al lavoro a distanza

CATEGORIA DIPENDENTI CON PRIORITA' ALL'ACCESSO AL LAVORO AGILE	RIFERIMENTO NORMATIVO
Dipendenti con situazioni di fragilità di cui al	Art.1, comma 306 della legge n. 197/2022
D.M. 4 febbraio 2022, dipendenti dichiarati fragili dal medico competente	
Dipendenti con figli fino a 12 anni di età o senza limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5/02/1992 n. 104	Art. 18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81
Dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art.3, comma 3 della legge 5/02/1992, n.104	Art.18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81
Dipendenti caregivers ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205 del 27/12/2017	Art. 18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81

Strumenti digitali per il lavoro da remoto

La dotazione informatica necessaria allo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto è fornita, di norma, dall'Azienda, compatibilmente con le risorse strumentali e finanziarie disponibili.

L'Azienda garantisce la sicurezza e il buon funzionamento degli strumenti di lavoro forniti al lavoratore da remoto.

Il lavoratore da remoto che utilizza gli strumenti messi a disposizione dall'Azienda assume gli obblighi di custodia del bene riguardanti l'attrezzatura affidata ed è tenuto a restituirla funzionante, al termine dello svolgimento della propria attività. In particolare, è tenuto a non modificare le relative configurazioni e a non sostituire tale attrezzatura con altre apparecchiature o dispositivi tecnologici. Il lavoratore è responsabile, ai sensi dell'art. 2051 del Codice Civile, per i danni cagionati alle attrezzature in custodia, a meno che non si provi il caso fortuito.

Nell'ipotesi in cui il lavoratore dovesse riscontrare il cattivo funzionamento degli strumenti tecnologici messi a sua disposizione e in presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica, è tenuto a dare tempestiva informazione al proprio Responsabile.

Qualora l'Azienda non sia in grado di fornire tempestivamente la strumentazione necessaria, il lavoratore utilizza dotazioni tecnologiche personali. In tal caso, gli strumenti tecnologici in possesso del lavoratore devono essere dotati dei seguenti requisiti minimi di sicurezza:

- a) antivirus funzionante e costantemente aggiornato;
- b) firewall attivo;
- c) sistema operativo aggiornato.

Il lavoratore da remoto che espleta l'attività lavorativa avvalendosi di strumenti informatici propri o, comunque, nella propria disponibilità, è tenuto a rendere all'Azienda, all'atto della sottoscrizione dell'accordo individuale di lavoro da remoto, apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, redatta secondo il modello allegato alla presente (Allegato D), nella quale egli dichiara di essere in possesso di strumenti informatici dotati dei suindicati requisiti minimi di sicurezza. In entrambi i casi predetti, vengono fornite le credenziali di accesso alla rete aziendale laddove ciò sia necessario per prestare attività di lavoro in collegamento remoto con accesso ai software aziendali. Sia nell'ipotesi di utilizzo di strumentazione propria o dell'Azienda, le spese correlate all'utilizzo degli strumenti di lavoro, riguardanti i consumi elettrici, connessione internet e traffico telefonico, sono a carico del lavoratore e non sono previsti rimborsi o indennizzi economici comunque denominati.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 Fabbisogno di personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) rappresenta uno dei quattro atti di programmazione delle Aziende Sanitarie, che insieme formano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

L'ultimo Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) dell'AOU "Luigi Vanvitelli" approvato definitivamente è quello relativo al triennio 2021-2023, adottato in via provvisoria con D.DG. n. 312 del 04/05/2022, successivamente rettificata con D.DG. n. 362 del 25/05/2022, approvato dalla Regione con D.G.R.C. n. 307 del 21/06/2022, e adottato definitivamente dall'AOU/Vanvitelli con D.DG. di presa d'atto n. 471 del 07/07/2022.

Per il triennio 2022-2024, il PTFP è stato adottato provvisoriamente con D.DG. n. 971 del 22/12/2023 ma mai approvato dalla Regione in attesa della sottoscrizione del Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università degli Studi di Napoli "Luigi Vanvitelli".

Da ultimo, lo schema del Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università degli Studi di Napoli "Luigi Vanvitelli" è stato pubblicato sul BURC Regione Campania n. 80 del 25/11/2024, del quale quest'Azienda ha preso atto con D.DG. n. 15 del 13/01/2025.

Per le medesime ragioni non è stato ancora possibile formulare il PTFP relativo al triennio 2023-2025.

Tanto premesso, nelle more della definizione del nuovo PTFP si conferma lo schema del PTFP 2021-2023 sotto riportato (Tabella 1) riservandosi successivo aggiornamento della stessa all'esito positivo della procedura di approvazione del PTFP.

Il piano del fabbisogno è alla base della gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

La UOC di Gestione delle Risorse Umane ogni anno (d.lgs. 165/2001), di concerto con il vertice strategico, è tenuto alla programmazione triennale del fabbisogno di personale, comprensivo del reintegro delle unità che andranno in quiescenza nello stesso anno. Il piano stesso rappresenta la programmazione della dotazione organica che l'Azienda necessiterà nei prossimi tre anni (piano assunzioni, quiescenza, etc.).

Il concetto stesso di fabbisogno di personale implica un'attività di analisi ed una rappresentazione delle esigenze sotto un duplice profilo:

- quantitativo: riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere alla mission dell'azienda, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;
- qualitativo: riferito alla tipologia di unità necessarie per garantire ed assolvere alla mission Aziendale, è in questo aspetto che la Direzione strategica può decidere se nel triennio successivo si ritiene una particolare attività di rilievo e quindi programmare una maggiore assunzione di determinate professionalità;

Ai fini della definizione dei criteri di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, i modelli normativi di riferimento sono stati:

- art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i. (tetto di spesa del personale pari a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento);
- L. 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- DCA n. 67/2016, avente ad oggetto "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania";
- Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
- Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 08 Maggio 2018, avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche";
- Delibera di Giunta Regionale n. 378 del 23/07/2020 "Adozione del 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.";

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre determinanti principali:

- l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;

- la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n.161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete.

In primis è necessario procedere alla definizione del cosiddetto "metabolismo minimo", ovvero il fabbisogno di funzionamento: la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio. Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

Viceversa, stante il fatto che l'applicazione di tale metodologia permette di addivenire alla determinazione di un valore minimo di riferimento, esso non sempre risulterà sufficiente per individuare il fabbisogno delle strutture prese in considerazione. In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati. Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua.

Il Piano del fabbisogno di personale dell'AOU adottato con delibera del d.g. n. 971 del 22/12/2023 e ad oggi vigente ***fino a nuove disposizioni degli enti regionali in merito a nuove metodologie di determinazione del personale***, in via di definizione, è predisposto tenendo conto di un'analisi globale degli impegni cui è tenuta questa Azienda, nel rispetto delle proprie caratteristiche e specifiche competenze nell'ambito del territorio, nel rispetto del proprio profilo giuridico, nonché in termini di obiettivi quali-quantitativi compatibili con le risorse finanziarie disponibili e in coerenza con la pianificazione pluriennale dell'attività e del piano della performance.

Il PTFP come di norma sarà predisposto in conformità alla DGRC 593/2020 nel rispetto del Disciplinare tecnico "Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR" della Regione Campania (Allegato A-DGRC 593/2020) e deve essere compatibile con il limite di spesa del personale stabilito dalla legge 191/2009 (elemento sostanziale e imprescindibile per l'approvazione del piano stesso).

Il piano sarà, altresì, stato redatto tenendo conto dei seguenti criteri:

- organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza -urgenza secondo la classificazione del DM n.70/2015;

- produzione: l'attività specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n.161/2014, utilizzando come parametro il numero di ore lavorate per Full Time Equivalent (FTE);
- il personale universitario ricompreso nel "Protocollo di Intesa Regione Campania – Seconda Università di Napoli" (D.DG. n. 15 del 13/01/2025) concorre al calcolo complessivo della dotazione organica;
- le ore di attività assistenziale del personale docente e ricercatore, ai sensi del "Protocollo di Intesa" è di 24 ore settimanali, di cui 2 di aggiornamento professionale rispetto alle 38 ore previste per il personale medico delle Aziende Ospedaliere, per cui l'analisi comparativa tra l'AOU e le aziende Ospedaliere deve considerare la disponibilità del 37% in meno delle ore di servizio del personale medico;
- che la dotazione stimata è da ritenersi funzionale ed organica alle attività dell'A.O.U. Luigi Vanvitelli, come previsto dal piano di programmazione regionale, ed è in coerenza con quanto previsto dalla programmazione universitaria per le specifiche discipline necessarie al corretto svolgimento delle attività della "Scuola di Medicina e Chirurgia".

In ottemperanza a quanto descritto, la AOU determinerà il Fabbisogno tenendo anche conto di:

- coerenza con la programmazione generale;
- coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa;
- coerenza con il Ciclo della Performance;
- coerenza con i Fabbisogni prioritari ed emergenti/professionalità infungibili e nuove competenze;
- potenziamento delle funzioni istituzionali piuttosto che di quelle di supporto;
- valorizzazione, nel reclutamento delle risorse, delle competenze e le attitudini richieste piuttosto che le conoscenze.

La pianificazione dei fabbisogni di personale, inoltre, in quanto processo tra i più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, sarà anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione, in particolare nella programmazione e nell'esecuzione delle procedure di reclutamento delle risorse, si applicheranno le normative e le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Di seguito la **tabella 3.1** riassuntiva allegata al PTFP delibera n.971 del 22/12/2023.

Tabella 3.1

AA.OO./AA.OO.UU./IRCCS	PERSONALE AOU IN SERVIZIO 31.12.2021	PERSONALE UNIVERSITARIO IN SERVIZIO 31.12.2021	PERSONALE TOTALE IN SERVIZIO 31.12.2021	STANDARD AZIENDA DGRC 593/2020	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022 AOU	PTFP 2023 AOU	PTFP 2024 AOU
RUOLO SANITARIO	345	494	839	1.344	505	505	170	25	310
Dirigenti Medici	84	202	286	470	184	184	21	9	154
Dirigenti Sanitari	12	28	40	64	24	24	13	1	10
Personale del comparto area sanitaria	249	284	513	810	297	297	136	15	146
<i>di cui personale infermieristico</i>	209	216	425	636	211	211	109	10	92
RUOLO TECNICO	48	76	124	292	168	168	75	6	87
Dirigenti	2		2	12	10	10	-	1	9
Personale del comparto area tecnica	46	76	122	280	158	158	75	5	78
<i>di cui OSS</i>	39	18	57	206	149	149	75	5	69
<i>di cui Assistenti Sociali</i>			-		-	-			-
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	7	7	7	-	3	4
Dirigenti			-	1	1	1			1
Personale del comparto area professionale			-	6	6	6		3	3
RUOLO AMMINISTRATIVO	9	123	132	219	88	88	68	9	11
Dirigenti	1	11	12	28	16	16	8	-	8
Personale del comparto area amministrativo	8	112	120	191	72	72	60	9	3
TOTALE	402	693	1.095	1.862	767	767	313	43	411

3.3.2 Obiettivi del Piano

- attivazione delle procedure di stabilizzazione del personale previste dal D.lgs. 75/2021 e ss.mm. e ii. Art. 20 comma 1 e 2, (D.lgs. n. 80/2021, convertito con legge n. 113 del 6 agosto 2021) ai sensi del Decreto Madia, fino al 31 Dicembre 2022;
- attivazione delle procedure di stabilizzazione del personale nel rispetto di quanto definito dalla Legge 30 Dicembre 2021, n.234 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022, all'Art. 1 comma 268, per il personale reclutato con contratti a tempo determinato con procedure concorsuali, valorizzando la professionalità nel prestare servizio durante l'emergenza pandemica Covid-19;
- implementazione delle attività legate alle aree di pronto soccorso attive (ostetrico e intensivo -neonatale);

Attivazione del Pronto Soccorso Generale (previa autorizzazione della Regione Campania)
 Con il funzionamento a regime di un DEA di Pronto Soccorso, l'AOU dovrà aggiornare il valore della dotazione organica aziendale di personale necessario a garantire le prestazioni, in base ai criteri stabiliti dalla DGRC 593/2020 nel rispetto del Disciplinare Tecnico "Metodologia di determinazione del Fabbisogno di personale del SSR" della Regione Campania (Allegato A - DGRC 593/2020).

3.4 Piano della formazione

3.4.1 Il Quadro Generale

Per un'Azienda Ospedaliera risulta fondamentale individuare un sistema interno di governance che garantisca la gestione delle risorse umane ed economiche, nonché l'adesione a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sistema ECM. Il Ministro e il Dipartimento della Funzione Pubblica hanno in più occasioni sottolineato la centralità della formazione e dello sviluppo del capitale umano per la crescita e il "successo" delle amministrazioni pubbliche tant'è che i recenti documenti governativi quali il "Patto per l'Innovazione del Lavoro Pubblico e la Coesione Sociale", nonché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), individuano la formazione e la riqualificazione del personale quali elementi centrali per lo sviluppo dei futuri obiettivi per il paese. Si prevedono percorsi di crescita, riconoscimento e valorizzazione delle competenze acquisite anche per il raggiungimento degli obiettivi prefissati partendo dall'individuazione delle competenze necessarie. Importante è l'investimento di risorse nello sviluppo e miglioramento delle competenze informatiche e digitali nonché di specifiche competenze avanzate di carattere professionale e manageriale. Contestualmente si sono evolute in modo repentino le metodologie didattiche e ampliate le tematiche di interesse, nello specifico prevedendo esperienze sempre più sul campo con l'applicazione di contenuti evidence based.

I corsi sono tarati non più solo su ambiti specifici tecnici, ma anche in relazione a processi trasversali a valenza aziendale come la riorganizzazione di processi, l'introduzione di elementi di innovazione, elementi derivanti dalle politiche gestionali regionali.

Anche la normativa stessa ha subito un'evoluzione che ha determinato gli obblighi sempre più stringenti per i professionisti sanitari all'adempimento dei crediti formativi previsti.

3.4.2 I Nuovi Bisogni Formativi Dei Professionisti Sanitari

All'interno dei contesti organizzativi generalmente le competenze dei professionisti sono definite in relazione al ruolo e al setting dove operano.

L'esigenza di creare nuovi modelli di competenze dei professionisti sanitari risulta evidente anche dagli indirizzi delle recenti politiche sanitarie, come ad es. il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 (PNP) o il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026 (PNRR). Obiettivi. Le esigenze organizzative e dei professionisti sanitari contestualmente, dovrebbero poter trovare riscontro in un sistema strutturato di management delle competenze, all'interno del quale partendo da una mappatura delle stesse all'interno del contesto aziendale, si possano gestire e sviluppare in coerenza: agli obiettivi aziendali, alle tendenze e indirizzi provenienti dal contesto esterno, ad altre politiche di gestione delle risorse umane come ad es. acquisizione e inserimento, leve motivazionali, sistema della performance, alle risorse economiche disponibili.

È necessario quindi che si adottino metodologie e strumenti per la gestione di processi formativi trasversali non rispondenti solo in modo estemporaneo e settoriale a specifici

bisogni espressi da singoli setting o dipartimenti specificando la coerenza tra i bisogni formativi espressi dagli operatori (bottom up) e le priorità - obiettivi dell'Azienda – organizzazione (top down) in modo da definire il gap di competenza per il quale sviluppare il percorso formativo. Risulta rilevante infine adottare metodologie e strumenti per effettuare una valutazione “d’impatto” in modo sempre più sistematico per valutare a distanza di tempo dalla realizzazione del percorso formativo, le reali ricadute in ambito organizzativo, in ottica di performance del professionista e ricadute per l'utenza. Indirettamente viene valutata così anche l'efficacia del percorso formativo realizzato e se in linea con le competenze richieste dall'organizzazione.

3.4.3 Il Contesto Organizzativo E Normativo Del Paf

L'incontro della declinazione degli obiettivi TOP DOWN e BOTTOM UP fa sì che si esprima e si sviluppi il PAF. Sono alla base del PAF tutte le normative cogenti sia in ambito di riorganizzazione del sistema sanitario, che quelle del sistema ECM. In adempimento alle disposizioni normative vigenti, il PAF si inserisce in un ampio quadro di linee di indirizzo regionali e nazionali per la definizione del sistema di qualità dell'ECM.

L'impegno della Direzione Strategica dell'AOU è quindi finalizzato alla progettazione e sviluppo di percorsi formativi per integrare conoscenze e rispondere ai bisogni degli operatori impegnati a vari livelli, con particolare riferimento alle modificazioni tecnico-professionali, organizzative e di integrazione professionale. Il PAF, infatti, non può che esprimere gli obiettivi aziendali, regionali e nazionali, traducendoli in percorsi formativi che soddisfino le reali esigenze di sviluppo e/o mantenimento delle competenze di tutti gli operatori al fine di supportare l'attuale fase di innovazione e ristrutturazione dell'organizzazione aziendale.

3.4.4 L'analisi Dei Bisogni Formativi E Lo Sviluppo Del Paf

L'analisi dei fabbisogni formativi rappresenta la prima fase del processo formativo. Nella prospettiva di definire modelli gestionali innovativi di assistenza, l'obiettivo principale è l'interazione e la collaborazione delle diverse professionalità (medica, infermieristica, tecnica,) nell'ottica del lavoro multiprofessionale. Lo sviluppo del PAF ha tenuto conto della valorizzazione dei bisogni formativi al fine di realizzare eventi formativi rispondenti ai veri bisogni formativi dei professionisti e delle strategie aziendali.

La modalità di sviluppo del piano del triennio 2025-2027 è stata caratterizzata dalla fase di analisi del bisogno formativo evidenziando esigenze espresse dal contesto nazionale, regionale individuando gli obiettivi rilevanti per la Direzione generale.

Gli obiettivi formativi ECM Nazionali sono stati definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina e recepiti nell'Accordo del 19.04.2012, in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In particolare, i progetti e gli eventi inseriti nel Piano Formativo devono rientrare nelle tre tipologie di obiettivi individuati dalla CNFC. Di seguito la descrizione degli obiettivi e le

tabelle di codifica ministeriali. Gli obiettivi rientranti in tali tipologie sono stati selezionati in base alle attività specifiche dell'AOU VANVITELLI.

A) OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI: obiettivi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza:

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI (AREA TEMATICA A) – MIN. SALUTE
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI (10)
TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO (21)
SICUREZZA AMBIENTALE E/O PATOLOGIE CORRELATE (26)
IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA E DELLA SICUREZZA IN MATERIA DI DONAZIONE TRAPIANTO (28)
INNOVAZIONE TECNOLOGICA: VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E DEI DISPOSITIVI MEDICI. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (29)

B) OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO: obiettivi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Gli obiettivi rientranti in tale tipologia si rivolgono ad operatori ed equipe che intervengono in un determinato segmento di produzione:

OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO (AREA TEMATICA B) – MIN. SALUTE
DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA (3)
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA (4)
LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. E UMANIZZAZIONE DELLE CURE (12) LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO (7)
MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI (11)
METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PREVENZIONE PRIMARIA (13)

MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL' ACCOGLIENZA. NELL' ATTIVITÀ SANITARIA (15)
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO (30)
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO (32)

C) OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA: obiettivi formativi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Tali obiettivi si rivolgono a tutti gli operatori, avendo caratteristiche interprofessionali.

OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA (AREA TEMATICA C) – MIN. SALUTE

APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP) (1)
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT (6)
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA (31)

3.4.5 Pari opportunità ed equilibrio di genere

La parità di genere rappresenta, ad oggi, uno dei più rilevanti e urgenti capisaldi dell'agenda di sviluppo e progresso dei Paesi, l'Unione Europea ha, infatti, promosso una nuova Strategia per la parità di genere per il quinquennio 2020-2025 e, a seguire, l'Italia ha tracciato la Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 inserendola tra le priorità trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Essendo di recente sottoscrizione il Protocollo di Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, si sta provvedendo alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro (C.U.G.), previsto dalla legge 4 novembre 2010, n. 183, recante “*Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro*”, con compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di

benessere organizzativo e, infine, contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori.

Le amministrazioni pubbliche sono tenute a garantire e ad esigere l'osservanza di tutte le norme vigenti che, in linea con i principi sanciti dalla Costituzione, vietano qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo quali quelle relative al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua.

La promozione della parità e delle pari opportunità nella pubblica amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione, strumenti ormai indispensabili per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

Al riguardo, il d.lgs. n. 198 del 2006 recante "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna*", all'articolo 48, prevede che le Pubbliche Amministrazioni predispongano Piani di Azioni Positive (P.A.P.) tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne e che favoriscono il riequilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.

L'art. 42 del medesimo Codice definisce le azioni positive come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Le azioni positive sono misure temporanee speciali, che derogando al principio di uguaglianza formale a favore di quello dell'eguaglianza sostanziale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

Sono misure "speciali" in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Altresì si possono definire "temporanee", in quanto necessarie finché si rileva una disparità di trattamento tra uomini e donne. Secondo quanto disposto da tale normativa, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei luoghi di vertice.

3.4.6 Obiettivi aziendali

I criteri adottati per la costruzione del Piano Aziendale della Formazione sono i seguenti:

- favorire la formazione "in house", per ottimizzare le risorse disponibili e valorizzare il personale interno come risorsa attiva nel processo formativo
- rafforzare il livello di efficacia dei progetti, attraverso una verifica della rispondenza degli stessi a determinati requisiti di qualità: chiara descrizione dell'analisi di contesto e del fabbisogno che ha generato il progetto, chiara individuazione delle competenze da ottenere, coerenza intrinseca del progetto;
- aumentare la ricaduta organizzativa della formazione in termini di miglioramenti da misurare attraverso indicatori di risultato o di performance.

Il PAF rappresenta uno degli strumenti operativi attraverso cui si attuano i programmi di sviluppo aziendale e si costruisce armonizzando le strategie definite dalle Direzioni e dal consiglio direttivo, gli obiettivi formativi definiti a livello Nazionale dalla commissione per la formazione continua in medicina e l'analisi del fabbisogno rilevato direttamente dagli operatori.

Sulla base di questi elementi sono stati definiti i seguenti macro-obiettivi:

1. Miglioramento del livello di integrazione multidisciplinare e multi-professionale
2. Definizione di ruoli organizzativi in un'ottica di qualità totale con l'identificazione precisa di competenze e responsabilità
3. Miglioramento dell'utilizzo appropriato delle risorse
4. Miglioramento del clima organizzativo
5. Mantenimento degli standard di sicurezza per i pazienti e gli operatori. A tal fine per questo tipo di formazione è previsto l'utilizzo di strumenti tecnologici che forniranno un plus aggiuntivo alle azioni da porre in essere utilizzando un modello organizzativo "più spinto" e garantendo un approccio innovativo ai dipendenti per una maggiore consapevolezza sui temi della sicurezza. I percorsi formativi sono pertanto in linea anche con quanto previsto dal DL 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" che prevede tra l'altro:
 - la sperimentazione di soluzioni tecnologiche attraverso l'utilizzo di dispositivi di visione immersiva e realtà aumentata, per il miglioramento degli standard di salute e sicurezza sul lavoro;
 - le iniziative congiunte di comunicazione e promozione della cultura della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

I macro-obiettivi, in fase di analisi del fabbisogno formativo, sono stati declinati in progetti secondo il seguente paradigma di classificazione:

- Formazione strategica, che identifica progetti formativi orientati allo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane sostenendo direttamente gli obiettivi della Direzione Aziendale
- Formazione di sistema volta a sviluppare competenze organizzative e gestionali funzionali al miglioramento continuo della qualità e del livello di integrazione.
- Formazione finalizzata a migliorare le competenze relazionali/comunicative
- Formazione per lo sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche

3.4.7 Il dossier formativo

Il Dossier Formativo, sviluppato e gestito all'interno dell'azienda, sarà sempre più la modalità secondo cui si delinea il percorso formativo di ogni singolo operatore (dossier individuale) o del gruppo di cui fa parte (dossier di equipe).



SEZIONE 4
Monitoraggio

4. MONITORAGGIO

La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle precedenti sezioni, la periodicità delle rilevazioni ed i soggetti responsabili.

In particolare, il monitoraggio delle sottosezioni Valore Pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n.150, mentre per la sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La **tabella 4.1** riepiloga i sistemi di monitoraggio in essere presso l'AOU:

Tabella 4.1

Denominazione sistema di monitoraggio	Periodicità	Finalità	Strutture Responsabili
Monitoraggio reclami/segnalazioni URP	Trimestrale	Analisi quantitativa/qualitativa ed elaborazione di linee strategiche di sviluppo e miglioramento delle criticità segnalate.	URP
Monitoraggio spesa farmaceutica e dispositivi	Sistematica (quotidiana e mensile)	Controllare l'andamento dei costi per i beni di consumo sanitari sostenuti dalle singole Strutture, la compatibilità rispetto alle assegnazioni annuali budgetarie e la coerenza dell'andamento dei costi rispetto alla tipologia ed ai volumi di attività svolti(CDG). Controllare l'appropriatezza quali-quantitativa delle richieste dei beni di consumo effettuate dai reparti (FARM).	Controllo di Gestione UOSD Farmacia
Monitoraggio utilizzo sale operatorie	Mensile	Il monitoraggio mensile ha l'obiettivo di rilevare eventuali criticità per avviare dei processi di miglioramento	UOS Gestione Attività Sanitarie Ospedaliere e Flussi Informativi
Monitoraggio attività ambulatoriale/prime visite	Mensile	Valutazione allineamento domanda/ offerta prime visite specialistiche ambito di garanzia al fine di mettere in atto correttivi in maniera precoce	UOS Gestione Attività ambulatoriali, ALPI e adempimenti LEA

Report Accessi di Pronto Soccorso ostetrico	Mensile	Monitorare i volumi mensili degli accessi di Pronto soccorso	UOS Gestione Attività Sanitarie Ospedaliere e Flussi Informativi
Monitoraggio volumi attività ambulatoriale libero professionale e volumi attività ambulatoriale istituzionale	Mensile	Verificare l'andamento dei volumi dell'attività ambulatoriale libero professionale (ALPI) rispetto all'attività ambulatoriale istituzionale per singola struttura, per controllare il rispetto del rapporto tra volumi di attività istituzionale e volumi di ALPI.	UOS Gestione Attività Ambulatoriali, ALPI e adempimenti LEA
Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Sistemi di monitoraggio gestione pandemia: andamento ricoveri AreaCovid	Giornaliero	Monitoraggio del tasso di occupazione dei posti letto al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale del paziente Covid	Malattie Infettive
Monitoraggio vaccini	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei vaccini sulla base delle disposizioni legislative in materia legate alla situazione epidemica del momento	UOC Igiene Ospedaliere
Andamento contagi personale	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei contagi dei dipendenti AOU e assimilati	IPAS Sorveglianza Sanitaria
Monitoraggio costi del personale	Mensile	Andamento per teste e per costi correlati	UOC Gestione Risorse Umane/Controllo di gestione
Monitoraggio accordi/convenzioni	Trimestrale	Scadenziario	UOC Affari Generali
Monitoraggio andamento Lavori Pubblici	Mensile	Monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori	UOC Servizio Tecnico

Percorso attuativo di Certificabilità (PACC)- Attività di internal auditing e Revisione Manuale delle procedure amministrativocontabili	Annuale	Verificare l'applicazione degli standard minimi di controllo interno nell'ambito del percorso Attuativo di Certificabilità (PACC).	UOC GREF/ Controllo Interno
Monitoraggio andamento economico -CE	Trimestrale	Monitoraggio dell'andamento del bilancio aziendale	UOC GREF
Monitoraggio tempi di pagamento a fornitori	Trimestrale	Verifica degli indicatori di tempestività dei pagamenti ai fornitori previsti ex lege	UOC GREF
Indagini di soddisfazione dell'utenza	Annuale	Rilevazione della soddisfazione dell'utente finale in relazione alla qualità	URP
Ciclo della performance	Annuale con rilevazioni intermedie semestrali	risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance organizzativa delle strutture assistenziali DAI ed amministrative); i contributi individuali (performance individuali)	Direzione Generale

Modalità e strumenti digitali

Per le attività tese al raggiungimento degli obiettivi indicati nelle sezioni precedenti saranno effettuate rilevazioni iniziali, monitoraggi in itinere e misurazioni finali.

In alcuni casi queste funzionalità sono già offerte dalle piattaforme informatiche utilizzate; in altri casi verranno utilizzati approcci semiautomatici consistenti in estrazioni periodiche dei dati e successive analisi. Dove non sarà possibile in alcun modo adottare strumenti automatici o semiautomatici, si ricorrerà a metodologie ricognitive quali questionari, sondaggi e rilevazioni della soddisfazione degli utenti.

Alle attività necessarie per il monitoraggio del presente Piano parteciperanno i Direttori dei DAI, i Responsabili delle UU.OO.CC. Sanitarie ed Amministrative con eventuali integrazioni e modifiche che terranno conto, di volta in volta, dell'evoluzione dei contesti nonché delle relative previsioni normative.