



**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SAN
GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA
SCUOLA MEDICA SALERNITANA**

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
Triennio 2025-2027**

Sommario

Premessa

Sezione 1

1.1 Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Sezione 2

2.1 Valore pubblico

2.2 Performance

2.3 Anticorruzione Rischi corruttivi e trasparenza

2.4 Efficientamento Energetico

Sezione 3

3.1 Struttura organizzativa

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.3 Piano triennale dei Fabbisogni di Personale

3.4 Obiettivi e Performance per favorire le Pari Opportunità e l'Equilibrio di Genere

3.5 Piano Formativo Aziendale

Sezione 4

4.1 Monitoraggio Performance

4.2 Monitoraggio Anticorruzione e Trasparenza

4.3 Monitoraggio Piano Organizzativo del Lavoro Agile

4.4 Monitoraggio Piano Triennale Fabbisogno del Personale

4.5 Monitoraggio Soddisfazione del paziente

Conclusioni

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO è stato introdotto dall'art. 6 del DL del 9.06.2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6.08.2021, n. 113, con l'obiettivo di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

A tal fine, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) 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 ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, 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;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, 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, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) 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;
- g) 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 definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica. Ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022, il PIAO assorbe gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:

- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a), e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive). Sempre ai sensi del citato D.P.R., è soppresso il terzo periodo dell'articolo 169, comma 3-bis, del D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, mentre il piano dettagliato degli obiettivi di cui all'articolo 108, comma 1, del medesimo decreto legislativo e il piano della performance di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sono assorbiti nel PIAO. Ai sensi dell'art. 6, comma 6, del citato D.L. n. 80/2021, inoltre, è stato adottato il Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 30 giugno 2022, n. 132, con il quale sono stati definiti i contenuti del Piano integrato di attività e organizzazione, e la struttura e le modalità redazionali, secondo lo schema allegato al Decreto medesimo. Infine, il Decreto ha disposto, all'art. 11, che negli enti locali il Piano è approvato dalla Giunta. Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità, e la conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa, e di creare un piano unico di governance. In quest'ottica, il presente PIAO rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Salerno.

SEZIONE 1

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

INTESTAZIONE	DESCRIZIONE
Codice Regionale	150
Codice Azienda	904
Denominazione Azienda	Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana"
Partita IVA	03020860650
Codice Fiscale	95044230654
Indirizzo	Via San Leonardo – Largo Ippocrate 84131
Comune	Salerno
Centralino	089-671111
Sito web	www.sangiovannieruggi.it
Posta elettronica certificata	info@pec.sangiovannieruggi.it
Codice tipo struttura	2.2 Azienda Ospedaliera integrata con l'Università
Sub codici di struttura	PO 01: 15090401 PO 02: 15090402 PO 03: 15090403 PO 04: 15090404 PO 05: 15090405
Descrizione dei sub codici di struttura	PO 01: plesso Ruggi di Salerno PO 02: plesso Ospedale Amico G. Fucito di Mercato San Severino (SA) PO 03: plesso G. Da Procida di Salerno PO 04: plesso Santa Maria Incoronata dell'Olmo di Cava de' Tirreni (SA) PO 05: plesso Italia Giordano Costa d'Amalfi Ravello (SA)
Indirizzi dei sub codici di struttura	PO 01: Via San Leonardo – 84131 - Salerno PO 02: Corso Umberto I – 84085 - Mercato San Severino (SA) PO 03: Via Salvatore Calenda, 162 – 84126 - Salerno PO 04: Via de Marinis – 84013 - Cava de' Tirreni (SA) PO 05: Via Civita, 70 – 84100 - Ravello (SA)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana" (AOU) è costituita con il Decreto del Commissario ad Acta n. 7/2013 che approva il Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli studi di Salerno che recepisce l'attuale configurazione aziendale così composta: P.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, P.O. G. Fucito di Mercato San Severino, P.O. G. Da Procida di Salerno, P.O. S. Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni e P.O. Castiglione di Ravello.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle d'alta specializzazione di rilievo nazionale. Svolge l'attività di assistenza ospedaliera e didattico-scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione in modo unitario e inscindibile delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

- elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute;
- elemento strutturale dell'Università, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

L'identità dell'Azienda è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università degli studi di Salerno e la Regione Campania. L'agire dell'Azienda è caratterizzato dai seguenti elementi:

- Attività di ricerca, didattica e assistenza che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale ad alta specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo possono essere attivati, nell'ambito di quanto disciplinato dall'art. 19 del Protocollo d'Intesa, i Centri di Riferimento Regionale che rappresentano strutture di offerta ad altissima specialità e fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale;
- Necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti di medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie;
- Necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare l'utenza rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda.

L'AOU, in coerenza con il contesto di riferimento, individua la sua visione ispirandosi ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- *Centralità della persona:* l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, degli studenti e dei professionisti che operano al suo interno. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno di salute, ma accoglierlo considerando l'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socioculturali, psicologici ecc.). Pertanto, ci si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. L'Azienda garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella Legge n. 241/1990 e s.m.i..
- *La centralità dei professionisti:* rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda prefiggendosi di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. L'Azienda s'impegna a garantire pari

opportunità tra i sessi per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e mainstreaming, anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale e umano degli studenti.

- *Governo Clinico*: è il sistema attraverso il quale l'AOU si rende responsabile del miglioramento continuo dei servizi offerti e garantisce elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano l'integrazione tra ricerca, didattica e assistenza.
- *Sviluppo economicamente sostenibile*: l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie e attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda saranno realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare le condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

L'Azienda, in base al Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera è DEA di II livello della Macro-Area di Salerno di cui al DCA 103/2018 (Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015).

L'AOU Ruggi d'Aragona è DEA di II° livello (con annessi stabilimenti di Ravello, Da Procida, Mercato S. Severino e Cava dei Tirreni) al servizio dell'intera provincia. Funge da hub nella rete Ictus, hub nella rete cardiologica, nonché centrale operativa CTS in quella traumatologica, spoke II nella rete emergenze pediatriche, spoke II livello per la terapia del dolore, hub rete per le emergenze digestive.

Inoltre è:

- Centro Regionale per le Emergenze Neuropsichiatriche Infantili;
- Parte della rete dell'alta specialità riabilitativa;
- È dotata del Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura;
- È Punto nascita e assistenza neonatale;
- È sede di riferimento provinciale per la Sanità Penitenziaria.

Il nuovo organigramma aziendale (Delibera n. 365 del 24/04/2024)

Il nuovo Atto Aziendale 2024 (Atto) è conforme alla Programmazione della Rete Ospedaliera Regionale prevista dal DCA 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015" e della successiva DGRC n°378/2020 "Piano di riorganizzazione /potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura"(standard di cui al DM 70/ 2015 e parametri del Comitato Lea di cui al DCA 18/2013 " Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania").

Nell' Atto è indicato il modello organizzativo macro e micro strutturale dell'AOU di Salerno (composizione delle unità organizzative semplici e complesse) e le regole di funzionamento degli organi che compongono l'assetto istituzionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

TABELLA I			
DIREZIONE STRATEGICA			
	UOC	UOS	UOSD
DIREZIONE GENERALE		Managment delle Attività Progettuali e Collegamenti Interistituzionali (non sanitaria)	
DIREZIONE SANITARIA	Governo degli Accessi e Flussi Informativi	G.L.A. - Programmazione Ambulatori - ALPI - CUP - Ticket (OSP.)	
		Ricoveri - Flussi - Mobilità (OSP.)	
		Sviluppo Telemedicina (non sanitaria)	
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Affari Generali	Convenzioni	
		URP	
	Affari Legali	Assicurazione e Valutazione Sinistri	
		Contenzioso	
	Acquisizione Beni e Servizi	Gestione Gare	
		Rapporti con Soggetti Aggregatori e Gestione Servizi Alberghieri	
	Gestione Economico Finanziaria	Contabilità Generale	
		Contabilità Fiscale e Bilancio	
	Gestione Risorse Umane	Trattamento Giuridico e Procedure Concorsuali	
		Trattamento Economico e Previdenziale	
	Ingegneria Clinica	Programmazione Investimenti Tecnologici e Manutenzioni - HTA	
	Patrimonio mobiliare e immobiliare	Gestione Patrimonio	
	Programmazione e Controllo di Gestione	Contabilità Analitica e Reporting	
	Sistemi Informativi Aziendali	Sistemi Telematici e Transizione al Digitale	
	Tecnico Manutentivo	Progettazione, Riqualificazione e Manutenzione degli Ambienti	
		Energy Manager	

TABELLA II			
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DEI SERVIZI STRATEGICI A CONDUZIONE OSPEDALIERA			
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA			
UOC	UOS		UOSD
Direzione Medica di Presidio			Direzione Medica di Presidio DA PROCIDA (OSP.)
			Bed Management - Servizio Sociale - Dimissione Protetta - STI (OSP.)
			Formazione - Polo Didattico Universitario (OSP.)
Direzione Medica di Presidio OLMO			Gestione Complessi Operatori Preospedalizzazione Centralizzata (OSP.)
Direzione Medica di Presidio FUCITO			Medicina Necroscopica e Contenzioso (OSP.)
Farmacia	UMACA (OSP.)		Servizio Prevenzione e Protezione (non sanitaria)
	Gestione Magazzino Farm. - Distribuzione Diretta e Capitolati Tecnici Farmaci (OSP.)		Servizio Psicologia Clinica (OSP.)
	Gestione e Capitolati Tecnici Dispositivi e altri beni sanitari (OSP.)		Sorveglianza Sanitaria (OSP.)
Servizio Professioni Sanitarie			
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA			
UOC	UOS		UOSD
Medicina Legale FUCITO			
Risk Managment - Monitoraggio ICA			

TABELLA III										
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA AREA CRITICA A CONDUZIONE OSPEDALIERA										
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA										
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD		
49	40	Anestesia e Rianimazione	32	Rianimazione (OSP.)		49	4	Anestesia e Rianimazione OLMO (OSP.)		
				Terapia Iperbarica (OSP.)		49	4	Anestesia e Rianimazione FUCITO (OSP.)		
				Terapia Antalgica (OSP.)		36	12	Ortotrauma OLMO (OSP.)		
			4	TIPO Adulti (OSP.)		36	8	Chirurgia Vertebrale (OSP.)		
			4	Anestesia e TIPO Pediatrica (OSP.)		51		P.S. Costa d'Amalfi con 4 posti di Osservazione Breve Intensiva (OBI)		
09	24	Chirurgia d'Urgenza		Coordinamento Trauma Center (OSP.)						
36	20	Ortotraumatologia		Day Surgery Ortopedico (OSP.)						
				P.S. Ortopedico (OSP.)						
51 Med. Urgenza	24	PS OBI Medicina d'Urgenza		Pronto Soccorso (OSP.)						
				Osservazione Breve Intensiva (OBI-12 posti) (OSP.)						
94 Ter. Subint.	6		24+6	Medicina d'Urgenza Terapia Subintensiva (OSP.)						
09	16	Chirurgia Generale e d'Urgenza OLMO								
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA										
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD		
09	22	Chirurgia Generale e d'Urgenza FUCITO (UNI.)								

TABELLA IV									
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CARDIOTORACOVASCOLARE A CONDUZIONE OSPEDALIERA									
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
08	20	Cardiologia		Ecocardiografia (OSP.)		08		Assistenza Ventricolare (OSP.)	
8/50	16 (12+4)	Cardiologia con UTIC OLMO				08		Elettrofisiologia e Aritmologia (OSP.)	
8/50	16 (12+4)	Cardiologia con UTIC FUCITO				08		Emodinamica (OSP.)	
07	26	Cardiochirurgia		Diagnostica CCH (OSP.)		94	4	Terapia Subintensiva CTV (OSP.)	
				Gestione Clinica CCH (OSP.)		50	8	UTIC (OSP.)	
14	19	Chirurgia Vascolare ed Endovascolare		Chirurgia Urgenze Vascolari (OSP.)		07	4	Chirurgia della Rivascolarizzazione Miocardica (OSP.)	
						08		Test Provocativi Cardiologici OLMO (OSP.)	
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
49	10	Anestesia e Rianimazione Cardiotoracovascolare				13	8	Chirurgia toracica (UNI.)	
						08		Cardiologia Morfofunzionale (UNI.)	
08	19	Clinica Cardiologica							

TABELLA V									
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA SCIENZE MEDICHE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD		
24/94	20 (14+6)	Malattie Infettive e Sub Intensiva			94	6	Terapia Subintensiva Polispecialistica (OSP.)		
26/97	24(20+4)	Medicina Interna	4	Sezione Detenuti (OSP.)	19		Servizio Diabetologia e Nutrizione (OSP.)		
26	14	Medicina Interna <u>OLMO</u>		P.S. <u>OLMO</u> con 4 posti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) (OSP.)					
26	14	Medicina Interna <u>FUCITO</u>		P.S. <u>FUCITO</u> con 4 posti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) (OSP.)					
29	22	Nefrologia e Dialisi		Gestione ambulatoriale pre e post Trapianto Rene (UNI.)					
				Nefrologia e Imaging clinico del Trapianto (OSP.)					
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD		
19	0	Clinica Endocrinologica							
24	14	Clinica Infettivologica							
26	20	Clinica Medica ed Epatologica							
68	6	Clinica Pneumologica							
52	2	Clinica Dermatologica <u>OLMO</u>							
58	8	Clinica Gastroenterologica		Endoscopia d'urgenza (UNI.)					
21	14	Clinica Geriatrica							
71	8	Clinica Immunologica e Reumatologica	8	Reumatologia (OSP.)					
				Allergologia <u>FUCITO</u> (OSP.)					

TABELLA VI									
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA ONCOPNEUMOEMATOLOGICO A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
64	6	DH/PACC Oncologico				09	5	Breast Unit e Senologia Chirurgica (OSP.)	
68	20	Pneumologia							
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
12	8	Chirurgia Plastica		Nuove tecniche di Chirurgia Plastica (OSP.)					
18	15	Clinica Ematologica e Trapianto di Midollo Osseo		DH Ematologico (OSP.)					
				Laboratorio Trapianto Midollo (OSP.)					
64	14	Clinica Oncologica		Immunoterapia (OSP.)					

TABELLA VII									
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA SCIENZE NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
75	22	Neuroriabilitazione e Centro Risvegli DA PROCIDA				32	2	Patologie Neuromuscolari e SLA (OSP.)	
56	20	Ortotraumatologia Riabilitativa DA PROCIDA		Servizio Riabilitazione (OSP.)		56/94	18 (12 + 6)	Pneumologia Riabilitativa e Semintensiva DA PROCIDA (OSP.)	
28	15	Unità Spinale DA PROCIDA				32	8	Stroke Unit (OSP.)	
30	15	Neurochirurgia di Urgenza							
40	10	SPDC (Afferente ASL Salerno)							
60	22	Lungodegenza							
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA									
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS		codice disciplina	posti letto	UOSD	
49	8	Anestesia e Rianimazione DA PROCIDA (UNI.)				56	12	Cardiologia Riabilitativa DA PROCIDA (UNI.)	
30	15	Clinica Neurochirurgica Funzionale				56	12	Neurologia Riabilitativa DA PROCIDA (UNI.)	
40	20	Clinica Psichiatrica							
32	16	Clinica Neurologica							

TABELLA VIII								
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA MATERNO INFANTILE A CONDUZIONE OSPEDALIERA								
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA								
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD	
11	14	Chirurgia Pediatrica		Urgenze e P.S. Chirurgico-Pediatrico (OSP.)	39	8	Pediatría <u>OLMO</u> (OSP.)	
62/73	28 (20+8)	Neonatologia TIN		Nido - Rooming in (OSP.)	37	6	Gravidanza a Rischio e Diagnosi Prenatale (OSP.)	
			8	Terapia Intensiva Neonatale - STEN (OSP.)	33	15	Neuropsichiatria infantile (OSP.)	
37	23	Ostetricia e Ginecologia		Interruzione Volontaria Gravidanza (IVG) (OSP.)	37		Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (OSP.)	
				P.S. Ostetrico - Ginecologico (OSP.)				
39	15	Pediatría		PS-OBI Pediatrico con 3 posti (OSP.)				
			2	Onco-ematologia pediatrica (OSP)				
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA								
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD	
37	15	Clinica Ostetrico Ginecologica			39	5	Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica (UNI.)	
39	10	Clinica Pediatrica						

TABELLA IX								
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA								
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA								
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD	
34	12	Oculistica		Patologie Retiniche adulti e pediatriche (OSP.)				
58	7	Endoscopia Operativa FUCITO		Endoscopia Epato-Biliare FUCITO (OSP.)				
38	12	Otorinolaringoiatria						
43	8	Urologia e Litotriassia FUCITO						
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA								
codice disciplina	posti letto totali	UOC	posti letto	UOS	codice disciplina	posti letto	UOSD	
09	30 (17+4+9)	Clinica Chirurgica e trapianti di rene	4	Week/Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale (OSP.)	10	4	Chirurgia Maxillo Facciale (UNI.)	
			9	Chirurgia dei trapianti di rene (OSP)				
34	12	Clinica Oculistica						
35		Clinica Odontostomatologica		Odontostomatologia Preventiva e Sociale FUCITO (OSP.)				
38	16 (12+4)	Clinica Otorinolaringoiatria		Audiologia - Vestibologia FUCITO e RUGGI (OSP.)				
			4	Diagnosi e Terapia delle Patologie Otologiche e della Sordità FUCITO (UNI.)				
36	20	Clinica Ortopedica		Progetto Femore (OSP.)				
				Chirurgia della Mano (OSP.)				
43	22	Clinica Urologica						

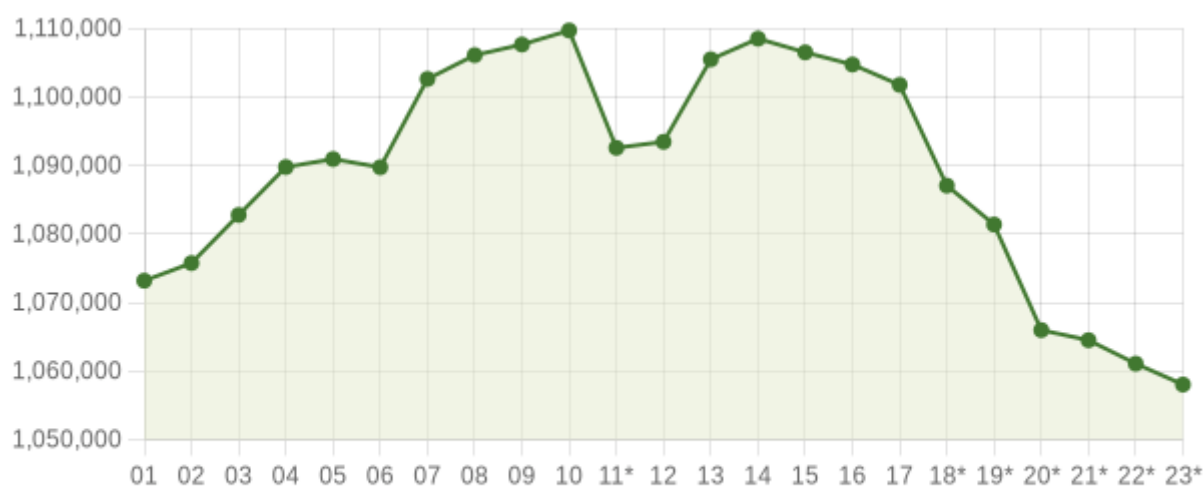
TABELLA X					
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI A CONDUZIONE UNIVERSITARIA					
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA					
codice disciplina	UOC	UOS		codice disciplina	UOSD
100	Patologia Clinica (OSP.)	Patologia Clinica OLMO (OSP.)			Laboratorio e Biologia Molecolare (OSP.)
		Patologia Clinica FUCITO (OSP.)			
		Microbiologia e Virologia (UNI.)			
109	SIMT (OSP.)				
STRUTTURE A CONDUZIONE UNIVERSITARIA					
codice disciplina	UOC	UOS		codice disciplina	UOSD
3	Anatomia Patologica				
112	Epidemiologia Clinica				
55	Farmacologia Clinica	Farmacogenetica (UNI.)			
		Tecniche Innovative per la medicina di laboratorio (UNI)			
110	Patologia molecolare e Genomica Medica DA PROCIDA	Patologia Clinica DA PROCIDA (OSP.)			
112	Igiene Ospedaliera e Servizio di Laboratorio				

TABELLA XI					
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI A CONDUZIONE OSPEDALIERA					
STRUTTURE A CONDUZIONE OSPEDALIERA					
codice disciplina	UOC	UOS		codice disciplina	UOSD
61	Medicina Nucleare (OSP.)				Fisica Sanitaria (OSP.)
104	Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica (OSP.)				Neuroradiologia d'Urgenza (OSP.)
69	Radiologia Generale e PS (OSP.)	Radiologia P.S. (OSP.)			Radiologia OLMO (OSP.)
		Imaging morfofunzionale (UNI.)			Radiologia FUCITO (OSP.)
69	Radiologia Vascolare ed Interventistica (OSP.)				Radiologia Costa d'Amalfi (OSP.)
70	Radioterapia (OSP.)				Radioterapia Pediatrica (OSP.)
					Cardio Imaging (OSP.)

TABELLA XII			
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' FUNZIONALE DELLE TERAPIE INTENSIVE E DI ANESTESIA			
U.O.C.	Anestesia e Rianimazione	U.O.S.	Rianimazione
			Terapia Iperbarica
			Terapia Antalgica
			TIPO Adulti
			Anestesia e TIPO Pediatrica
	Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare - Universitaria		
U.O.S.D.	Anestesia e Rianimazione del Polo della Riabilitazione		
	Anestesia e Rianimazione Olmo		
	Anestesia e Rianimazione Fucito		

Il contesto demografico di riferimento:

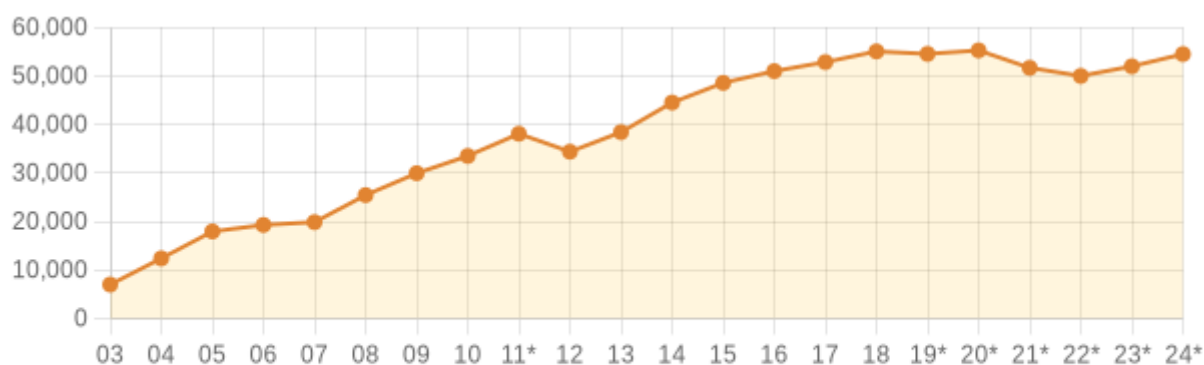
Campania	Popolazione	n. Comuni
Provincia di Avellino	429.157	118
Provincia di Benevento	284.900	78
Provincia di Caserta	904.921	104
Provincia di Napoli	3.054.956	92
Provincia di Salerno	1.092.876	158
Salerno sede della AOU	126.715 (2.128 abitanti/Km2)	
Totale	5.766.810	550



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

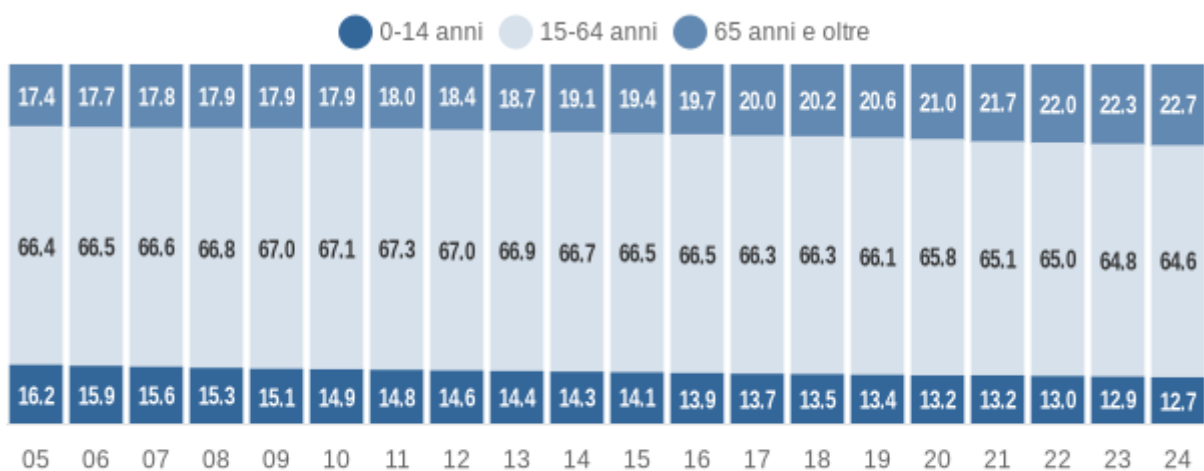
(*) post-censimento



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

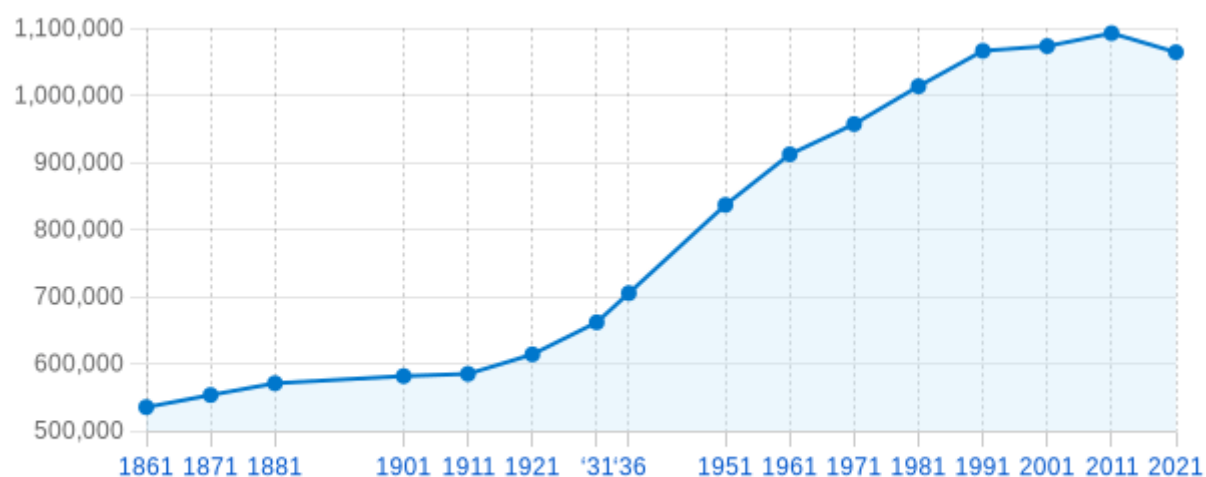
PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Popolazione residente ai censimenti

PROVINCIA DI SALERNO - Dati ISTAT - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La popolazione che risiede nel territorio di pertinenza dell'AOU di Salerno con le sue caratteristiche demografiche ed epidemiologiche ed i suoi comportamenti costituisce il fulcro fondamentale su cui ruotano la domanda e l'offerta di salute. Infatti, la diversità delle patologie che interessano le varie fasce di età della popolazione, implica la necessità di adattare l'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva.

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Nell'AOU di Salerno, in cui tutte le strutture organizzative centrali e dipartimentali riescono a raggiungere le performance organizzative in modo eccellente erogando servizi di qualità, grazie ai contributi individuali da parte dei propri dirigenti e dipendenti, ha la maggiore probabilità di supportare la direzione strategica nel perseguimento delle performance istituzionali promesse.

Ma l'eccellenza sarebbe improduttiva se l'AOU non riuscisse a creare "Valore Pubblico", ossia ad aumentare il benessere dei propri utenti esterni (cittadini) e interni (dirigenti medici e sanitari, ricercatori, ma anche il Personale Tecnico Amministrativo) e degli stakeholder (il territorio in senso più ampio). E tale eccellenza non sarebbe riproducibile se l'AOU non riuscisse a salvaguardare e a migliorare le condizioni di salute delle proprie risorse (impatti interni).

Si ha creazione di Valore Pubblico quando l'Azienda :

- a) migliora il livello di benessere economico, sociale, ambientale (ed oggi soprattutto sanitario) degli utenti delle proprie politiche e degli stakeholder rispetto alle condizioni di partenza;
- b) migliora il livello delle performance e contiene il livello dei rischi per la salute in maniera sinergica e finalizzata alla generazione di Valore Pubblico;
- c) preserva il livello di salute delle sue risorse rispetto alle condizioni di partenza.

L'AOU può trovarsi davanti al dilemma degli impatti, ovvero a dover scegliere tra privilegiare l'impatto sociale, quello economico, quello ambientale e l'impatto sanitario. Occorre sviluppare un equilibrio dinamico tra gli impatti mantenendo livelli del benessere compatibili tra le diverse prospettive.

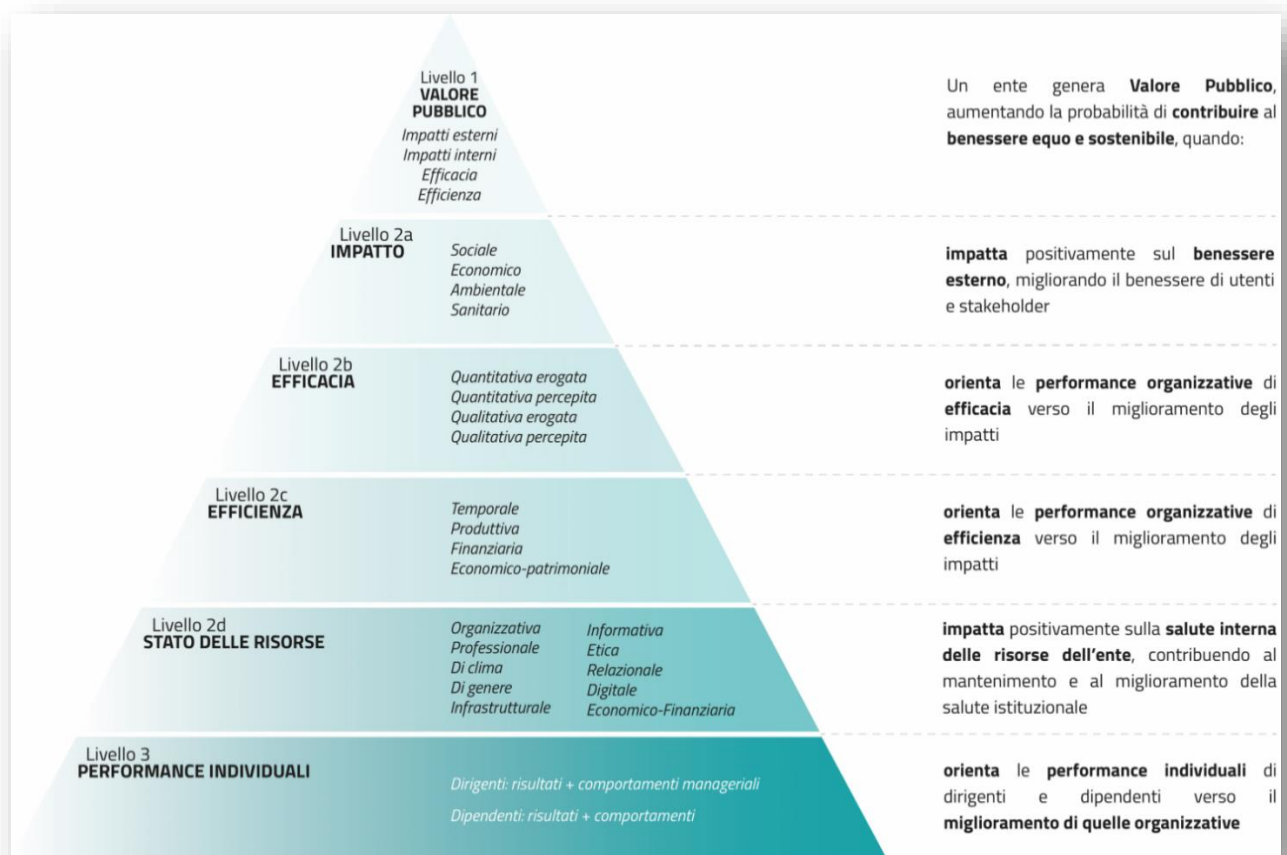
Il Valore Pubblico rappresenta il punto di equilibrio tra le categorie di impatto: *«L'AOU crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti»* ovvero un «miglioramento del livello di benessere sociale ed economico.

Attraverso il miglioramento progressivo del ciclo di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance (Performance Management) e delle misure di riduzione dei rischi (Risk Management), si aumenterebbe la probabilità per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Salerno di generare Valore Pubblico, contrastando le cause della sua mancata o minore creazione, a partire dal presidio delle condizioni di contesto abilitanti delle performance (es. formazione, semplificazione, digitalizzazione, ecc.) e delle condizioni di contesto protettive rispetto ai rischi: strategici e operativi, di privacy, reputazionali, corruttivi, finanziari, ambientali, di sicurezza, informatici, con la priorità dei rischi sanitari.

L'AOU, inoltre, crea Valore Pubblico se migliora il benessere di utenti e stakeholder senza dimenticare di curare la propria salute: fotografare lo stato delle risorse disponibili (numerosità del

personale) e programmare il miglioramento del loro benessere, consente di porre le basi per la generazione di Valore Pubblico.

La logica di creazione di valore è rappresentabile plasticamente tramite la “*Piramide del Valore Pubblico*”, strumento che consente di governare i flussi di generazione del valore secondo una logica di accumulazione progressiva fondata sulla manovra combinata degli indicatori contenuti nei livelli della performance.



VALORE PUBBLICO: OBIETTIVO RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La questione delle liste d'attesa in sanità è un problema comune a moltissimi Paesi sviluppati. L'OCSE sottolinea il ruolo di diversi fattori di domanda e di offerta di servizi sanitari nel determinare

la lunghezza delle liste e mette in luce la differenza degli approcci dei vari Paesi in termini di misure di contenimento del fenomeno.

Tav. 1: Tempo di attesa per diversi tipi di interventi ospedalieri
nei principali Paesi OCSE
(valori in giorni, 2022, mediana)

	Cataratta	Protesi anca	Protesi ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica	Media operazioni	Δ 2013
Italia	17	33	30	33	34	7	11	24	-5
Ungheria	38	26	101	4	6	6	0	26	-10
Danimarca	37	77	104	23	36	10	15	43	11
Israele	77	56	85	25	36	5	/	47	/
Polonia	27	66	102	/	/	/	7	51	-187
Finlandia	52	79	84	56	56	9	21	51	-11
Svezia	53	81	133	36	49	9	/	60	/
Regno Unito	59	92	97	53	33	54	41	61	4
Portogallo	97	142	169	76	72	9	2	81	6
Spagna	79	132	142	66	86	39	35	83	-6
Canada	73	164	159	/	53	8	/	91	34
Nuova Zelanda	91	154	193	132	86	75	31	109	36
Norvegia	128	151	175	145	112	85	48	121	18
Australia	158	153	293	74	48	19	/	124	42
Estonia	187	117	106	/	/	/	/	137	-20
Cile	87	997	1.180	64	113	40	/	414	25
Media	79	158	197	61	59	27	21	95	-11

Fonte: elaborazioni OCPI su dati OCSE.

Come ridurre le liste d'attesa: la normativa

Per comprendere come ridurre le liste d'attesa bisogna conoscerne il funzionamento e la normativa. Punto di partenza è dunque il Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019-2021 (PNGLA), che tra l'altro fissa l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, definisce le Classi di priorità (U, urgente; B, breve; D, differibile; P, programmata) e fissa per ognuna di esse un limite massimo di attesa. Molto interessante è la parte in cui il regolatore stabilisce che "il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D". Visto che la dilatazione dei tempi d'attesa non dipende unicamente da fattori imprevedibili e da urgenze, bensì da un eccesso di domanda di prestazioni o esami specialistici, si ribadisce più volte il concetto di *appropriatezza prescrittiva*, per fare in modo che le risorse disponibili vengano usate laddove ve ne sia fondato bisogno e per garantire l'equità d'accesso alle prestazioni. Proprio per questo motivo, la normativa richiede al medico prescrittore alcune indicazioni precise, tra cui: l'indicazione di prima visita/prestazione strumentale oppure di accessi successivi; la Classe di priorità e il quesito diagnostico. Quest'ultimo è fondamentale proprio ai fini dell'*appropriatezza prescrittiva*.

Tornando all'obiettivo iniziale: come ridurre le liste d'attesa? I tempi dipendono chiaramente da una compresenza di domanda e offerta: il principio di appropriatezza prescrittiva agisce riducendo la domanda, che di conseguenza accorcia tempi e liste. Posto che fondamentali sono la responsabilità individuale e il parere del medico, la tecnologia può senz'altro dare una mano. Le prenotazioni

vengono, infatti, registrate all'interno di apposite piattaforme software (Centro Unico di Prenotazione), che riportano tutte le informazioni necessarie ai fini dell'erogazione della prestazione, sia essa una visita o un esame. Per accorciare i tempi d'attesa è dunque necessario intervenire con un approccio *data-driven*, vale a dire acquisire i dati e trasformarli in informazioni utili non solo a "fotografare" le performance in tempo reale, ma ad agire sul rapporto domanda/offerta in modo predittivo.

Questo significa che per accorciare le liste d'attesa bisogna innanzitutto conoscere le performance del sistema. Cioè utilizzare i dati disponibili ai fini di svariate analisi, tra cui il tempo medio di attesa per la specifica prestazione e quello relativo a una classe di priorità. Questo tipo di indagine, pur avendo valore descrittivo, permette alcune interessanti ottimizzazioni: per esempio, si possono notare settori in cui il sistema è particolarmente in sofferenza e intervenire con un miglioramento lato-offerta.

Inoltre la quantità di dati a disposizione permette di effettuare analisi di tipo predittivo, il cui obiettivo è, appunto, prevedere la domanda futura per mettere in campo una risposta adeguata in tempi utili. Se infatti è sufficiente una banale osservazione dello storico per giungere a utili considerazioni di stagionalità (aumento richiesta test allergologici in primavera, per esempio), l'analisi dei dati può andare molto oltre. Sintetizzando dati provenienti da fonti eterogenee (news, social media, dati clinici, l'andamento delle prenotazioni stesse...) è possibile prevedere picchi di domanda e intercettare dati anomali prima che sfocino in un problema capace di avere un impatto sulle performance della singola Azienda.

Alla domanda "come ridurre le liste d'attesa" si può dare una risposta concreta **ottimizzando l'appropriatezza prescrittiva**. Anche qui, tramite la tecnologia. È infatti possibile adottare soluzioni software che, in forma del tutto automatica, effettuino proprio questa valutazione e rilevino eccessi di prescrizione, fornendo tutte le informazioni del caso. È palese il fatto che questo sistema, agendo direttamente sulla domanda, possa ridurre le liste d'attesa, accelerare i tempi e permettere l'erogazione di un servizio migliore ai pazienti.

La problematica delle liste di attesa è stata affrontata adottando diverse politiche. Due possibili rimedi *dal lato dell'offerta* prevedono di influenzare la produttività degli erogatori:

- a) l'utilizzo di finanziamenti mirati per ridurre i tempi di attesa;
- b) l'uso di incentivi monetari per il personale sanitario per remunerare le ore aggiuntive di lavoro oppure introdurre schemi di finanziamento delle strutture Pay-for-Performance (P4P) basati sul numero effettivo di pazienti trattati.

Sebbene la prima misura sia stata la più utilizzata anche tra i Paesi OCSE, questo rimedio non ha mai portato ai risultati sperati. Infatti, questi programmi rappresentano spesso erogazioni temporanee di fondi che migliorano la situazione solo nel breve termine. Inoltre, questi finanziamenti risultano insufficienti per aumentare significativamente la produttività nel medio-lungo termine. La seconda soluzione, invece, fornisce un incentivo ad aumentare il numero degli interventi. Tuttavia, gli studi empirici sul tema hanno dimostrato come si riesca ad ottenere una riduzione delle liste d'attesa solo se gli stimoli alla produttività sono accompagnati da ulteriori misure come l'aumento della capacità produttiva, sia in termini strutturali (posti letto e attrezzature) sia di personale.

In Italia le politiche di contenimento si sono concentrate sull'affiancare ad una "garanzia di tempo massimo di attesa" sistemi basati sul raggiungimento di obiettivi da parte dei soggetti erogatori, con politiche sanzionatorie in caso di mancato raggiungimento.

Alla luce di queste osservazioni, il decreto-legge 73/2024 sembra allinearsi con alcune delle misure più comuni attuate in passato e tutt'ora diffuse in diversi Paesi OCSE.

Il focus sulla creazione di un sistema di misurazione e monitoraggio sottolinea la necessità di avere *una misura più affidabile dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie*.

In conclusione, l'applicazione del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 rappresenta per l'AOU di Salerno un tentativo significativo di affrontare il problema delle liste d'attesa, combinando misure di monitoraggio, riorganizzazione del servizio e incentivazione del personale. Nel corso di questo triennio tutte le indicazioni del citato decreto saranno concentrate sul monitoraggio mensile delle branche maggiormente in difficoltà.

2.2 PERFORMANCE

Il Piano della Performance è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Salerno, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi per il triennio 2025-2027. Dal 2022 viene adottato nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, così come previsto dalle ultime disposizioni.

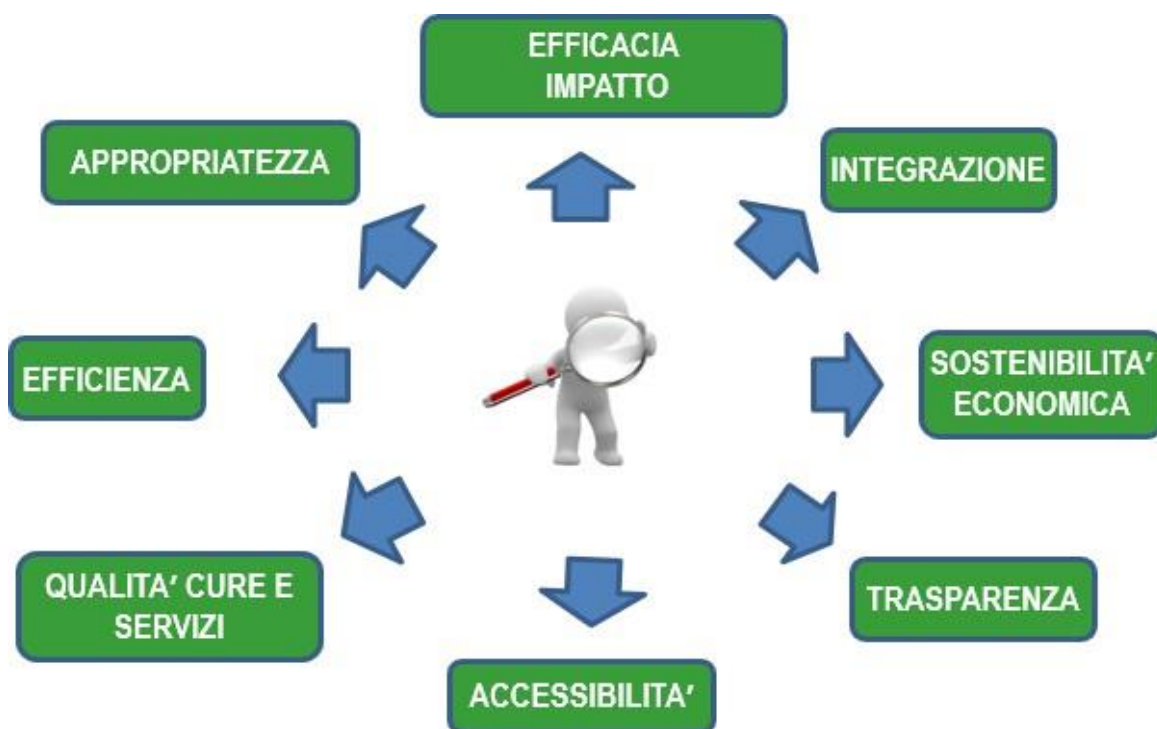
Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Secondo quanto previsto dall'art. 10, "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della Performance, documento programmatico triennale ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori".

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei cittadini e degli stakeholder gli obiettivi che l'Azienda intende realizzare rendendo noti i risultati attesi;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- valorizzare il processo di budget ed il sistema di valutazione del personale migliorando la consapevolezza rispetto agli obiettivi dell'Azienda;
- supportare i processi decisionali in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti (creazione del Valore Pubblico).

Adottare un sistema di governance orientato alla creazione di Valore Pubblico dovrebbe portare a valutare le aziende sanitarie secondo un modello multidimensionale, dove il raggiungimento di una buona performance nelle diverse dimensioni è in grado di dimostrare un'appropriata capacità di risposta alla crescente complessità della domanda di salute ed al benessere dei cittadini.

La multidimensionalità degli ambiti di valutazione è rappresentata nello schema seguente:



Il ciclo della performance con il dettaglio dei soggetti che entrano in gioco nel percorso e delle tempistiche di avanzamento delle varie fasi nel corso dell'anno, è descritto nel documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance" (adottato nella versione aggiornata con delibera 179/2024), pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente al cui link si rimanda per ulteriori approfondimenti:

https://sangiovannieruggi.portaleamministrazionetrasparente.it/pagina778_sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance.html

L'Azienda è ormai da molti anni impegnata nella razionalizzazione degli assetti organizzativi e produttivi al fine di ottimizzare in tutti gli ambiti possibili l'appropriatezza, ovvero la maggiore efficienza ottenuta salvaguardando efficacia e qualità complessiva dei servizi erogati.

A fronte di risorse sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua crescita per la tendenziale diminuzione della mortalità e per l'aumento della cronicità e dell'intensità delle cure, richiede un alto assorbimento di risorse ed il necessario adeguamento delle tecnologie elettro-bio-medicali ed impone dunque la ricerca continua dell'efficienza gestionale come ottimizzazione dei risultati prodotti a partire da risorse date.

Allo sforzo programmatico già necessario nell'ultimo decennio per migliorare i servizi e tutelare la salute della popolazione toscana in un periodo di grande incertezza economica e politica, si è aggiunta in questi ultimi anni l'emergenza coronavirus che ha impattato fortemente sull'Azienda rendendo ancora più necessarie riorganizzazioni continue ed un fabbisogno importante di risorse aggiuntive.

Anche la fisionomia dell'ospedale peraltro sta cambiando notevolmente nei nuovi scenari che si vanno a delineare: nei decenni passati questo era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, nonostante un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario a rispondere al bisogno di salute espresso. Ormai è chiaro invece che il futuro della sostenibilità di tutto il Sistema Sanitario si gioca proprio sul potenziamento dell'assistenza territoriale, che permetterà all'ospedale di diventare piuttosto luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità. A tal fine, già nell'ultimo decennio, sono state promosse politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera basate su una semplificazione dei percorsi improntata all'appropriatezza di setting e questo ha portato ad una progressiva riduzione delle attività di ricovero ordinario con un parallelo incremento dell'attività di day hospital, day surgery e specialistica ambulatoriale.

La progressiva trasformazione dei setting assistenziali, resa possibile indubbiamente anche grazie ai progressi legati all'innovazione delle tecniche chirurgiche ed anestesilogiche, si è affiancata negli anni ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse. Un indicatore che rappresenta in genere una buona metrica per misurare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera è la degenza media ed il suo trend in riduzione nell'ultimo ventennio è un'altra conferma dell'adozione di approcci orientati a ridurre l'ospedalizzazione inappropriata.

Obiettivi definiti in termini di efficacia sono invece quelli che vanno ad analizzare i risultati clinici ottenuti. Sono utili a tal fine tutti gli indicatori di esito e di processo, primi fra tutti i tassi di mortalità. Per la misurazione della qualità si fa invece riferimento in genere ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base delle evidenze scientifiche che attraverso la condivisione delle scelte terapeutiche tra professionisti, così come la prevenzione e la massima limitazione delle complicanze e delle riammissioni.

Al fine di orientare i Sistemi Sanitari al raggiungimento dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità clinica e di processo nonché del miglioramento degli esiti, sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori sia dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa con il Bersaglio MES che dall'AGENAS con gli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE), indicatori ai quali l'azienda fa riferimento da sempre.

Nel 2019 è uscito il Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa, al quale sono seguiti i Piani Regionali finalizzati a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, intesi sia come prestazioni ambulatoriali che come ricoveri. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa infatti dall'individuazione degli strumenti e delle modalità di

collaborazione tra tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei medici di medicina generale e dei pediatri, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'individuazione e la gestione programmata dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa esplicita e recepisce le indicazioni del Piano Nazionale e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

Con il Decreto Tariffe sui Livelli Essenziali di Assistenza, pubblicato in G.U. il 26/11/2024 si è assicurata su tutto il territorio nazionale la piena erogazione dei nuovi LEA (DPCM 2017), superando le disomogeneità assistenziali tra i cittadini che potranno adesso usufruire in ogni area del paese delle stesse prestazioni per la specialistica ambulatoriale e per la protesica e di prestazioni altamente innovative come la radioterapia stereotassica, adroterapia e radioterapia con braccio robotico. È attesa, di conseguenza, la pubblicazione del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, che andrà a recepire il nuovo nomenclatore ed a declinare i nuovi obiettivi di accesso alle prestazioni. Una volta noto il nuovo quadro nazionale e regionale, provvederemo ad allineare la programmazione anche a livello aziendale e di struttura organizzativa.

Vi è infine da rispettare il Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG), sistema di monitoraggio e valutazione dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni, che rappresenta lo strumento per misurare se tutti i cittadini ricevono le cure e le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG prevede per le Aziende Ospedaliere 7 indicatori "core" sui quali le aziende sono valutate, più molti altri indicatori "non core". Molti degli indicatori del NSG, sono tuttavia già valutati dagli altri sistemi di valutazione in ambito sanitario (MES e PNE).

Sulla base delle linee di indirizzo nazionali e regionali nonché delle scelte e necessità aziendali, l'Azienda ogni anno struttura una serie di nuovi obiettivi ed indicatori volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: nel 2024 è stato introdotto l'obiettivo dello sviluppo della telemedicina.

Si sono mantenuti gli obiettivi legati all'integrazione ospedale territorio, primo fra tutti lo sviluppo del teleconsulto, sia con i MMG che con gli specialisti ASL, puntando anche all'avvio della teleriabilitazione e del telemonitoraggio. Nell'ambito del controllo delle infezioni, sono stati introdotti nuovi indicatori per la corretta igiene delle mani e per l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2025

Di seguito sono riportati i principali obiettivi per l'anno 2025, oggetto di negoziazione dalla Direzione con tutti DAI dell'azienda e contenuti nelle schede budget.

QUALITA' CLINICA E DI PROCESSO

L'impostazione annuale a livello aziendale delle schede di budget parte dal recepimento degli obiettivi presenti nei sistemi di valutazione esterni, con particolare riferimento a quelli contenuti nel sistema di valutazione della performance del Laboratorio MES e dal sistema di valutazione nazionale della TREEMAP dell'Agenas. Buona parte degli indicatori del MES e del PNE diventano pertanto obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Relativamente alla qualità clinica e/o di processo, è stata da sempre posta attenzione in diverse aree, all'interno delle quali sono stati individuati degli indicatori che misurano alcuni aspetti considerati maggiormente rilevanti che si ritengono comunque rappresentativi della qualità clinica

e di processo dell'area stessa. Tali indicatori subiscono variazioni negli anni, per il 2025 i principali sono i seguenti: nell'area materno infantile gli indicatori che mirano a rendere il percorso meno medicalizzato: la % di parti cesarei, la % di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo. Nell'area ortopedica la % di fratture femore operate entro 48 ore nonché due indicatori sulle riammissioni entro 30 giorni per intervento di protesi di anca e ginocchio. Nell'area della chirurgia generale la % di colecistectomie laparoscopiche in DS e con degenza post operatoria minore di 3 gg, la % di interventi di resezione entro 120 gg dopo interventi conservativi per tumore maligno mammella, la % di interventi programmati al colon in laparoscopia e la % di reinterventi entro 30 gg per pazienti con tumore al colon e retto. Nell'area cardiologica la % di interventi di riparazione di valvola mitrale. Nell'area del pronto soccorso la % di dimessi al domicilio entro 8 ore, la % di accessi ripetuti entro 72 ore e la % di abbandoni.

Nell'Allegato A, sono riportati tutti gli indicatori di qualità clinica e processo presenti nelle schede budget e sui quali siamo valutati annualmente dal MES tramite in Bersaglio e/o tramite la Treemap dell'Agenas.

ESITO DELLE CURE

Dai dati statistici si rileva sempre più la diffusione di malattie cronico degenerative, in primo luogo tumori e malattie cardiovascolari, ma allo stesso tempo, il diffuso benessere ed il miglioramento delle cure negli ultimi decenni, hanno permesso di raggiungere un'aspettativa di vita sempre più lunga. Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, negli ultimi anni sono stati definiti sempre più indicatori di *outcome* con il fine di monitorare il miglioramento del livello di salute della popolazione. Questo, infatti, è influenzato da una serie di fattori non solo biologici, ambientali e comportamentali ma anche legati al servizio sanitario. Tra gli indicatori diretti alla misurazione dello stato di salute di una popolazione quello della mortalità è senza dubbio quello più diffuso anche se non esente da limiti in quanto esistono malattie che pur essendo molto diffuse presentano tassi di mortalità molto bassi.

Nel 2016, peraltro, la legge di Stabilità aveva introdotto un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN", si affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò, nell'Allegato del Patto di Stabilità veniva definito un set di indicatori di esito, raggruppati in diverse aree cliniche con relative fasce di valutazione.

Gli indicatori di esito relativi ai tassi di mortalità sono presenti nel Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e riguardano diverse aree: materno infantile, cardiologica, chirurgia oncologica, sistema nervoso, respiratorio, osteo-muscolare. In ciascuna di queste aree sono individuati i tassi di mortalità ottimali per alcune tipologie di interventi chirurgici, che sono considerati maggiormente rilevanti e strategici (es. mortalità per infarto miocardico acuto, per intervento chirurgico per tumore polmone, per ictus ischemico, per BPCO, etc.).

Sul sito dell'Agenas sono riportati tutti gli indicatori di esito riportati nelle schede budget 2025 e sui quali siamo valutati annualmente tramite la Treemap dell'Agenas.

RISPETTO DEI 30gg DI ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI CLASSE A

Il Piano Nazionale e Regionale del Governo delle Liste di Attesa nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare la sanità pubblica ai cittadini, stabilendo degli elementi di garanzia e tutela per l'equità di accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero.

Per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero, viene stabilito l'obbligo di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità e di garantire che gli interventi chirurgici di classe A, ovvero gli oncologici, nonché i casi clinici programmati che possono aggravarsi rapidamente, vengano effettuati entro 30 giorni. Le tipologie di intervento per le quali devono essere rispettate tali tempistiche sono numerose: innanzitutto le casistiche oncologiche (tumore prostata, mammella, colon, retto, utero, polmone) ma anche altre tipologie di interventi non oncologici quali ad esempio bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, protesi anca ed altre casistiche.

Dal momento che l'azienda ritiene fondamentale garantire a tutti i cittadini che gli interventi chirurgici di classe A siano effettuati entro e non oltre i 30 giorni, per il 2025, sono state aumentate le casistiche per le quali rispettare tali tempistiche, allargandole anche ad altri tumori previsti dalla Rete Oncologica Campana (ROC) quali cervice, fegato, melanoma, ovario, pancreas, fegato, vescica, cranio, stomaco, rene, stomaco, testicolo e vescica.

INTEGRAZIONE AZIENDA - TERRITORIO

Gli anni di pandemia hanno reso ancor più evidente che il SSR ha bisogno di sviluppare sempre più modelli di integrazione tra Azienda e territorio per la gestione congiunta dei percorsi e per l'ottimizzazione dell'apporto di ogni soggetto secondo la funzione dettata dalle proprie prerogative istituzionali.

A tal fine sono stati introdotti a partire dal 2024 alcuni obiettivi orientati a sviluppare innanzitutto una maggiore comunicazione mettendo in contatto i professionisti ospedalieri con i medici di medicina generale. Si tratta infatti di segnalare ai MMG l'accesso dei loro pazienti, se ricoverati, al momento dell'ammissione in reparto, se in ambulatorio, al momento della visita.

All'AOU di Salerno, lo sviluppo della cartella clinica informatizzata iniziata 2024 consentirà la diretta comunicazione tra i professionisti dell'Azienda e quelli del territorio che, in questo modo, possono scambiarsi informazioni molto utili per garantire la migliore cura e la migliore gestione del percorso del paziente.

Nell'anno 2024 l'integrazione tra ospedale e territorio è divenuta uno dei principali obiettivi strategici ed è stato chiesto a tutti i professionisti, sia quelli che seguono i pazienti ricoverati che quelli che seguono i pazienti ambulatoriali, di sviluppare il teleconsulto con i medici di medicina generale. Per il 2025 è stato chiesto un ulteriore sviluppo del teleconsulto da avviare anche con gli specialisti dell'ASL Salerno.

SVILUPPO TELEMEDICINA

Obiettivo introdotto nel 2024 è quello di sviluppare le prestazioni di telemedicina, più nello specifico le televisite di controllo soprattutto della Rete Oncologica, in modo tale che rappresentino un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Il rinnovamento organizzativo e culturale teso alla diffusione, laddove possibile, della telemedicina, ha permesso di garantire la massima continuità assistenziale del paziente.

Tale modalità di contatto fra paziente e professionista rappresenta sicuramente, per alcuni ambiti e per alcune tipologie di pazienti, un nuovo canale che, se ben strutturato, può portare anche molti vantaggi all'utenza. È stato pertanto richiesto alle diverse strutture dell'Azienda di garantire una progressiva estensione e applicazione dell'utilizzo delle televisite di controllo in tutti gli ambiti assistenziali in cui la telemedicina possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e la continuità della presa in carico.

Per l'anno 2024 e 2025 è stato previsto anche lo sviluppo del teleconsulto tra i medici dell'ospedale ed i MMG o i medici specialisti dell'ASL. Si sta cercando inoltre di creare i presupposti anche per poter avviare la teleriabilitazione ed il telemonitoraggio.

EFFICIENZA ASSISTENZIALE

Al fine di misurare l'efficienza assistenziale si è soliti utilizzare l'indicatore della degenza media. La riduzione della degenza media si è resa ancor più necessaria in seguito alla pandemia legata al covid che l'ha vista aumentare in modo significativo ed è rimasta tale anche conclusa la fase emergenziale. È diventato quindi prioritario cercare di abbassare la degenza media riavvicinandola ai valori pre-pandemia.

Dal momento che la risorsa "posto letto" è una delle principali risorse dell'ospedale e che nell'ultimo decennio si è sempre cercato di renderla il più efficiente possibile, facendo ruotare il maggior numero di pazienti, si è cercato negli anni di introdurre anche ulteriori obiettivi che potessero aiutare a ridurre la degenza media: talvolta, infatti, alcuni pazienti allungano la loro degenza solo perché in attesa di ricevere prestazioni erogate da strutture interne.

Nel corso degli anni sono stati pertanto introdotti obiettivi sul miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche d'emergenza (per TC, ECO, RX) e sul miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche (per TC, RM) per i pazienti ricoverati, nonché sul miglioramento del tempo di risposta delle prestazioni di diagnostica per immagini non d'emergenza sia per i pazienti ricoverati, sia per i pazienti del Pronto Soccorso, al fine di riuscire a contenere ulteriormente la degenza media ospedaliera ed i tempi di permanenza dei pazienti al Pronto Soccorso. Infine, sono stati aggiunti nuovi obiettivi per migliorare i tempi di risposta delle prestazioni di diagnostica per immagini per i pazienti esterni, da refertare e firmare entro 4 gg, per arrivare all'obiettivo negli anni successivi di consegna dei referti entro massimo 3 giorni.

Sempre al fine di contenere al massimo le giornate di degenza dei pazienti ricoverati, un altro obiettivo che è richiesto a tutti professionisti che erogano consulenze per i pazienti ricoverati in reparti di degenza differenti dal proprio, è quello di erogarle in tempi brevi, ovvero entro le ore 24 del giorno stesso della richiesta.

Negli ultimi anni si sono inoltre accentuate le difficoltà del Pronto Soccorso nel gestire il flusso di pazienti che arrivano ogni giorno: quasi 300 pazienti, infatti, si recano giornalmente al Pronto Soccorso dell'azienda, ed una parte di questi ha necessità di ricovero. Per tale motivo vi è la necessità di migliorare l'efficienza organizzativa del Pronto Soccorso, il Bersaglio MES individua, inoltre degli indicatori specifici: permanenza massima al pronto soccorso dei pazienti poi ricoverati o dimessi al domicilio, tasso di abbandono, tempi massimi di visita dei pazienti differenziati per codice di priorità.

INTRODUZIONE DELLA WEEK SURGERY

Con Delibera n. 365 del 24/04/2024 è stato emanato il nuovo atto aziendale, e allo scopo di contenere le procedure chirurgiche erogate in regime di ricovero ordinario è stata attivata una nuova struttura semplice denominata “Week/Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale”. La Day Surgery è un Day Hospital chirurgico, un regime di ricovero che non prevede pernottamenti: l'ingresso, l'intervento e la dimissione avvengono nello stesso giorno. La Week Surgery, invece, prevede un ricovero di non più di 5 giorni. La Week Surgery è dedicata a pazienti candidati a interventi chirurgici di bassa o media complessità o a procedure diagnostico-terapeutiche che prevedono una degenza da lunedì a venerdì. Inoltre la struttura ha l'obiettivo di incrementare la chirurgia ambulatoriale, perseguito ormai da diversi anni, che ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Alcune tipologie di intervento sono già effettuate infatti in regime ambulatoriale, altre solo in parte e per questo dovranno attivarsi dal punto di vista organizzativo per renderne possibile la realizzazione. Tali obiettivi mirano all'appropriatezza del setting assistenziale con uno spostamento di alcune casistiche di pazienti dal regime di ricovero ordinario alla Week Surgery o a quello ambulatoriale. Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa ed insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

Anche tra gli indicatori “core” del Nuovo Sistema di Garanzia vi è quello di ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriately, obiettivo realizzabile spostando alcune casistiche dal regime ordinario al DH, oppure dal regime di Day Hospital al regime ambulatoriale. Si trattano quindi gli stessi pazienti nel regime più appropriato dedicando la risorsa del posto letto in regime ordinario ai pazienti per i quali è davvero necessario.

DIGITALIZZAZIONE

Sinteticamente riportano le attività che saranno portate a termine nel triennio in esame e per le quali la UOC Sistemi Informativi non è l'unico responsabile del procedimento, inoltre si rappresentano le attività in corso d'opera, dettate da contingenze non programmabili, che potrebbero alterarne decisamente numero e materia.

L'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona dispone di un'infrastruttura *on premise* dedicata ai sistemi informativi distribuita su 5 plessi così come descritto di seguito:

- Plesso Ruggi - 2 sale ced in load balancing e predisposte al disaster recovery
- Plesso Fucito - 1 sala ced collegata via MPLS al Plesso Ruggi.
- Plesso Cava - 1 sala ced collegata via MPLS al Plesso Ruggi.
- Plesso Da Procida - 1 sala ced collegata via MPLS al Plesso Ruggi.
- Plesso Castiglione - 1 sala ced collegata via MPLS al plesso Ruggi.

Attività in corso dal 2024 con estensioni operative anche per il triennio 2025-2027:

- Procedura di Shift & Lift. Finanziamento PNRR Misura 1.1 — 1.2, sono state realizzate sul cloud PSN delle infrastrutture virtuali sulle quali si installeranno tutti gli applicativi “Critici e Ordinari”, secondo la classificazione ACN, ad oggi ospitati on premise. L'attuale infrastruttura On Premise di recente acquisto e con bassi costi di manutenzione servirà da Disaster Recovery.

- E' stata progettata e realizzata l'infrastruttura in cloud per ospitare la nuova piattaforma relativa al sistema informativo ospedaliero (innovazione tecnologica). Finanziamento PNRR Misura 6 C2 I1.1.1 "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- E' stata progettato il completamento del sistema di logistica del farmaco introducendo i carrelli di reparto integrati con il magazzino centrale farmaci (Buster) e la nuova CCE (innovazione tecnologica). Finanziamento PNRR Misura 6 C2 I1.1.1 "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- E' terminata la progettazione del sistema di Anatomia patologica interamente digitale (innovazione tecnologica). Finanziamento PNRR Misura 6 C2 I 1.1.1. "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- E' terminata l'applicazione sperimentale della cartella clinica di reparto e si è proceduto all'acquisizione di una nuova cartella enterprise la cui messa in produzione è avvenuta alla fine del 2024. Misura 6 C2 I1.1.1 "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- Collaudo e messa in produzione dell'architettura SDWAN con particolare riferimento alla correlazione in ambiente cloud PSN.
- Miglioramento banda internet di Ravello
- Miglioramento dell'infrastruttura di sicurezza informatica relativamente agli endpoint elettromedicali

Programmazione triennale (2025/2026/2027) delle attività relative alla transizione al digitale:

Anno 2025

- Collaudo e definitiva messa in produzione della nuova piattaforma ELLIPSE relativa al sistema informativo ospedaliero (cartella clinica elettronica, ADT, ORDER Entry, LIS etc) acquisita con il finanziamento PNRR Misura 6 C2 — 1.1.1. "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- Integrazione della CCE di cui al punto che precede con i principali sistemi presenti e consolidati a livello aziendale come il sistema Farmasafe (prescrizione, allestimento e somministrazione farmaci oncologici ad alto costo).
- Collaudo e messa in produzione del sistema di logistica del farmaco attraverso i carrelli di reparto integrati con il magazzino centrale farmaci (Buster).
- Collaudo e messa in produzione del sistema di Anatomia patologica interamente digitale acquisito con il finanziamento PNRR Misura 6 C2 — 1.1.1. "Digitalizzazione delle sedi di DEA di I e II livello".
- Tuning del sistema di sicurezza dedicato agli elettromedicali.

Anno 2026

- Continuazioni ed estensione alla maggior parte dei reparti della cartella clinica elettronica acquisita con fondi PNRR.
- Completamento della messa in produzione dei vari micro servizi necessari a dismettere definitivamente il modello web oriented precedente.
- Incremento delle attività di awareness, formazione e VAPT per aumentare la resilienza dei sistemi informativi e di tutta l'utenza rispetto a problematiche relative alla Cybersicurezza.

Anno 2027

- Continuazione ed estensione di tutte le attività avviate nell'anno precedente e non ancora terminate o terminate ed implementate da necessità sopraggiunte.

- Continuazione del change management avviato e finanziato dai fondi PNRR.
- Miglioramento ed aggiornamento delle politiche di sicurezza sempre più orientate a migliorare e presidiare le strutture in produzione nel cloud PSN.
- Continuazione ed aggiornamento continuo delle attività di awareness, formazione e VAPT per aumentare la resilienza dei sistemi informativi e di tutta l'utenza rispetto a problematiche relative alla Cybersicurezza.

APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Sul versante dei farmaci, l'attenzione dell'Azienda è principalmente focalizzata sul governo delle nuove terapie ad alto costo ormai disponibili in varie aree terapeutiche ed a mantenere le azioni volte a promuovere l'uso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari aggiudicatari di gara regionale. Sarà fondamentale continuare ad alimentare in modo rigoroso e corretto i registri AIFA sia perché il rispetto dei criteri di arruolamento dei pazienti nelle specifiche piattaforme web garantisce l'appropriatezza della scelta terapeutica, sia perché la corretta rendicontazione sui registri AIFA è indispensabile per il recupero economico di tutti i farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico.

L'Azienda è sempre più coinvolta con la somministrazione di Medicinali per Terapie Avanzate (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) che richiedono la massima attenzione sia in termini clinici che gestionali per la corretta tracciabilità ai fini del rimborso e del monitoraggio previsto. Anche il 2025 sarà un anno molto impegnativo per la governance di questi farmaci perché sarà resa disponibile la nuova terapia genica per il trattamento dell'emofilia di tipo B. Inoltre, verranno commercializzate due ulteriori nuove CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cell therapies), mentre altre già disponibili riceveranno estensioni delle indicazioni terapeutiche che determineranno un incremento di utilizzo presso il reparto di Ematologia dell'AOU.

I dispositivi medici (DM) rappresentano fattori produttivi complessi, dalle cui caratteristiche e modalità di impiego nei processi sanitari dipende la qualità delle prestazioni di assistenza erogata ai pazienti. I DM sono anche una rilevante voce di spesa e sono caratterizzati da una forte eterogeneità comprendendo, da un lato, dispositivi che presentano un alto tasso d'innovazione tecnologica (high-tech) e rapida obsolescenza e, dall'altro, dispositivi con basso tasso di innovazione (low-tech) e alti volumi di consumo. Risulta quindi fondamentale gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti, governare il successivo uso clinico e predisporre una logistica efficiente. Nel 2025 gli obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa in questo ambito riguarderanno innanzitutto il rispetto delle percentuali di aggiudicazione di DM sia delle gare gestite con centrali di committenza, che di quelle con quote stabilite per aggiudicatario. Particolare attenzione continuerà ad essere rivolta alle azioni finalizzate al contenimento del ricorso sporadico a DM non aggiudicati in gare regionali. Nel 2025 si prevede di mantenere le azioni che nel 2024 hanno determinato sia importanti risparmi economici dovuti alla riduzione delle scorte di sala e di reparto (minore allocazione di risorse e riduzione degli scaduti), sia un miglioramento della tracciabilità dei DM e dei pazienti ai quali sono stati impiantati. Nel 2025 saranno definiti ulteriori contratti per l'attivazione di conti deposito informatizzati di dispositivi medici impiantabili attivi ad alto costo (stent coronarici, protesi sternale e altri dm per la correzione di petto escavato, dm impiantabili ad alto costo per interventistica radiologica). La farmacia inoltre supporterà la UOC Programmazione e Controllo di Gestione nella revisione di procedure in ambito operatorio (standard work) per conseguire una

progressiva standardizzazione dei fabbisogni di dispositivi medici per ciascuna tipologia di intervento.

CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Nel 2025, al fine di sviluppare ulteriormente la prevenzione e controllo delle infezioni, è stato deciso di agire in due ambiti: l'igiene delle mani, una delle misure più importanti per ridurre la trasmissione di germi patogeni, e il corretto utilizzo degli antibiotici, aspetto strettamente correlato allo sviluppo di microrganismi resistenti agli antibiotici stessi. In particolare, l'obiettivo relativo all'igiene delle mani ha lo scopo di valutare l'adesione a tale pratica da parte degli operatori sanitari attraverso il monitoraggio di un indicatore che prende in considerazione il consumo di gel idroalcolico per sanificare le mani nei reparti di degenza oltre all'osservazione diretta del comportamento degli operatori durante le attività assistenziali. L'obiettivo relativo alla prescrizione degli antibiotici si traduce invece in indicatori che hanno lo scopo di stimolare gli operatori a valutare i consumi della propria struttura e realizzare eventuali azioni di miglioramento per aumentare l'appropriatezza prescrittiva anche a seguito dei corsi di formazione aziendali realizzati in tale ambito

LA CUSTOMER SATISFACTION

Dopo aver inserito come obiettivi di budget, in modo graduale negli anni, obiettivi sui costi, sull'efficienza, sull'appropriatezza e sugli esiti, dal 2024 l'azienda ha iniziato a lavorare anche sull'ambito relativo alla valutazione della qualità dei servizi, in quanto essenziale per fornire all'Azienda un ritorno rispetto alla propria capacità di offrire risposte adeguate ai bisogni. Come punto di partenza è stato ritenuto opportuno partire dalla qualità percepita dei pazienti.

È stato pertanto richiesto ai professionisti sanitari di promuovere con i pazienti ricoverati la massima adesione ad un sondaggio elaborato dalla Direzione Medica di Presidio a cura dell'Ufficio Pubbliche Relazioni. Si tratta di un'indagine non più campionaria ma sistematica (quindi estesa a tutti i pazienti). Questa impostazione permette di acquisire consapevolezza delle eventuali criticità ma anche delle eccellenze di cui possa essere stata raccolta preziosa testimonianza diretta, da condividere con gli operatori coinvolti per lavorare anche sulla motivazione e sul senso di appartenenza, fondamentali motori della qualità.

L'indagine mira, pertanto, alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti. La partecipazione e la disponibilità a raccontare la propria esperienza durante il ricovero ospedaliero, potrà dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno di ciascuna Azienda. Fondamentale, tuttavia, è il ruolo dei professionisti sanitari che devono non solo informare i pazienti ma promuovere questa iniziativa coinvolgendoli nella condivisione del suo scopo ultimo, in modo da garantire che il flusso di dati disponibili sia alimentato in modo completo e costante. I risultati dell'indagine saranno riportati sul sito aziendale in modo da individuare gli ambiti nei quali può essere necessario attivare qualche azione correttiva.

RICERCA SCIENTIFICA

Il tema della misurazione e della valutazione dell'attività di ricerca dei professionisti è stato più volte negli anni al centro di riflessioni sull'impostazione dei sistemi di rilevazione della performance di una struttura ospedaliero universitaria come la nostra. Fatti salvi i sistemi di valutazione della ricerca utilizzati dall'Università degli Studi di Salerno, nel nostro ambito è necessario definire un sistema equilibrato di indicatori che sia in grado di valorizzare tutti gli apporti, sia dei docenti in afferenza assistenziale che dei dirigenti medici e sanitari dell'azienda. La definizione esatta delle metriche

necessarie a costruire un sistema di indicatori solido, affidabile e condiviso è infatti materia complessa, proprio perché anche l'ambito della ricerca spazia dalla partecipazione ai bandi per ottenere finanziamenti, alla promozione o conduzione di studi clinici fino alla redazione di pubblicazioni per diffondere le conoscenze acquisite in ambito scientifico.

Con l'ottica di accogliere questa esigenza di cui la Direzione Aziendale condivide lo scopo ultimo, senza tuttavia avventurarsi nella costruzione di indicatori poco rappresentativi o significativi, o peggio distorti rispetto al reale contributo alla ricerca, dal 2024 è stato deciso di impostare l'obiettivo strategico proprio sulla necessità di conoscere il numero di studi clinici portati a termine nell'esercizio 2024. L'obiettivo rappresenta il punto di partenza per arrivare alla condivisione e validazione di un modello da poter utilizzare per tutte le strutture. Nel 2025 si prevede di arrivare ad un primo pacchetto di indicatori da condividere con la componente universitaria sui quali avviare misurazione e confronto.

PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2025

Gli obiettivi individuali sono sviluppati e assegnati nel rispetto delle disposizioni normative contrattuali vigenti e in coerenza con il documento "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Salerno. Per il personale operante nei vari contesti aziendali, tenuto conto della necessità di gestire un'ampia platea con un processo non ancora informatizzato e di utilizzare fonti dati aziendali facilmente accessibili, gli obiettivi individuali vengono definiti, al momento, a livello centrale secondo criteri di trasversalità e omogeneità. L'Azienda ritiene anche per quest'anno di investire sulla partecipazione a eventi formativi, anche tenuto conto del rilievo e dell'impegno richiesto a livello nazionale e regionale su corsi correlati al PNRR. Si prosegue pertanto con la valutazione dell'apporto qualitativo e relazionale dato dalle stesse a tutte le altre funzioni aziendali, considerando a tal fine quanto percepito dai singoli operatori. Anche quest'anno, di conseguenza, viene definito come obiettivo di performance organizzativa per tutte le strutture di supporto, la qualità del contributo dato dalla propria funzione in termini di efficacia, efficienza e qualità relazionale, misurato come sintesi degli esiti rilevati dal sondaggio.

Nel 2025 si procederà alla revisione/aggiornamento del software per la gestione di tutto il processo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale in modalità informatizzata prodotto della UOC Programmazione e Controllo di Gestione.

2.3 ANTICORRUZIONE, RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) è redatto in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione". La definizione del fenomeno corruttivo va intesa non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "mala - amministrazione", intesa come "assunzione di decisioni (di assetto d'interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte d'interessi particolari". Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano

con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Il PTPC è da considerarsi uno strumento di lavoro implementato e aggiornato periodicamente, anche grazie al graduale affermarsi degli strumenti di analisi e di studio che sono previsti e dei contributi dei vari portatori d'interesse aziendali ("stakeholders"), a seguito di nuove disposizioni legislative o d'indirizzo. Destinatario del PTPC è tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

Il PTPC 2025-2027 si pone in progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2019 e tiene conto del Documento "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza approvato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione. Preliminarmente si evidenzia che l'Azienda rientra tra i soggetti tenuti all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione ai sensi del D.L. n. 80/2021. La centralità della semplificazione amministrativa e normativa per il rilancio del Paese, in cui si inserisce il PIAO, è stata chiaramente affermata nel PNRR. Il PTPC costituisce un atto organizzativo fondamentale dell'Amministrazione, in quanto consente di migliorare i processi decisionali, con l'obiettivo di eliminare/ridurre quei comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando così un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità. Ed è proprio nell'ottica del miglioramento dei processi decisionali che il Legislatore ha ritenuto necessaria l'integrazione del PTPC con altri strumenti di programmazione e di valutazione, primi fra tutti, i documenti di rappresentazione della performance, aventi anch'essi la finalità di migliorare la qualità dei servizi offerti. Il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, stabilisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- Digitalizzazione;
- Reingegnerizzazione dei processi;
- Semplificazione.

L'aggiornamento del PTPC 2025 -2027 si pone come obiettivo alcuni punti indicati di seguito:

- a) nuova valutazione dell'analisi del diverso livello di esposizione delle Unità Operative al rischio di corruzione, individuando le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio medesimo, sulla base della individuazione preventiva delle "Aree di rischio": obbligatorie, generali e specifiche in considerazione del nuovo Atto Aziendale;
- b) individuazione dei correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di temperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse;
- c) definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, laddove possibile, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- d) individuare ai sensi del piano, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. A tal riguardo è stata prevista una specifica formazione per le aree a rischio nel Piano Formativo Aziendale 2024 e ripreso nel 2025;
- e) stabilire, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare

sul funzionamento e sull'osservanza del piano; (monitoraggi periodici sull'informazione scientifica, sul servizio ispettivo interno e la pubblicazione dei dati riferiti al registro dell'accesso civico- accesso civico generalizzato);

f) definire procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

g) definire procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

h) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

i) disciplinare specificamente le seguenti misure obbligatorie di prevenzione:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- Patti di integrità negli affidamenti;
- Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito attraverso procedura informatica dedicata;
- nuova configurazione del Servizio ispettivo interno, attivazione sui temi previsti dal regolamento allegato alla delibera n° 211/2017;
- la formazione del personale di coordinamento di UOC e di Dipartimento Assistenziale Integrato, e per l'area Gestione delle Risorse Umane e per tutte le UOC amministrative, tecniche e professionali;
- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- formazione dedicata sugli aspetti legati alla prevenzione della Corruzione nella pubblica amministrazione, con particolare attenzione alla stazione appaltante dell'Azienda;
- formazione sul nuovo Codice di Comportamento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.

Obiettivi 2025-2027

Con l'aggiornamento e l'adozione del presente Piano, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali;
- in secondo luogo, ma non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Il PTPC rappresenta lo strumento attraverso il quale l'azienda sistematizza e descrive un processo articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente, finalizzato a formulare una

strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che consiste essenzialmente nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo rispondendo alle seguenti esigenze:

- a) valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) definizione delle procedure per l'effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio;
- c) monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- d) rilevazione e adozione delle misure di contrasto rispetto a rischi identificati quali:
 - d1) introduzione/sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire e consentire l'emersione della corruzione;
 - d2) meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
 - d3) valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività codificate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- e) effettiva attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- f) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- g) monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- h) adozione di misure che garantiscano:
 - h1) il rispetto delle norme del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L.190/2012;
 - h2) l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale.

Infine, secondo quanto raccomandato dalla Determinazione ANAC n.12/2015, il Programma per la trasparenza e l'integrità viene allegato al Piano e sarà aggiornato successivamente l'implementazione della Delibera ANAC n° 495 del 25.09.2024 ad oggetto: "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai

fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi".

Cronoprogramma delle misure di prevenzione 2025-2027

	Misure di Prevenzione	Gennaio		Marzo		Maggio		Luglio		Settembre		Novembre	
			Febbraio		Aprile		Giugno		Agosto		Ottobre		Dicembre
2025	Mappatura della ponderazione dei Rischio per i processi sanitari ed amministrativi ai fini dell'adozione del PTPC coordinato con il PIAO 2025/2027	=	AVVIO	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
	rilevazione Aziendale Aggiornamento e Crescita Professionale	=	AVVIO										
	Aggiornamento al Piano di Prevenzione della Corruzione 2026/2028												
	CATALOGO DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI		AVVIO										
		=											
	Monitoraggio trimestrale rispetto il grado di raggiungimento degli obblighi di Trasparenza	=			=			=			=		
	Revisione del Codice di Comportamento Aziendale	AVVIO											
	Delibera Inventario dei beni Aziendali	=											
	Monitoraggio Revolving Doors	=											
	Pubblicazione dei dati degli studi scientifici sponsorizzati	=	=	=	=	=	=	=	=	=			
	Verifiche Antiriciclaggio di ufficio_	=											
	Istituzione del Comitato Etico Clinico	=											
	Formazione (Dirigenti e loro delegati -personale di coordinamento di tutte le professioni e ruoli) rispetto la valutazione del personale la valorizzazione delle competenze coordinati con gli obbiettivi del Piano delle Performance dell'Azienda						=	=	=	=	=	=	=
	Formazione per la pubblicazione dei dati di propria competenza (implementazione Delibera ANAC n°495 25 settembre 2024)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
	Formazione sul Nuovo Codice dei Contratti – R.U.P._D.E.C. e Responsabile di FASE	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

	Avvio verifica a campione delle dichiarazioni sull'inconferibilità e di incompatibilità	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
2026	Pubblicazione del Piano di Prevenzione della Corruzione 2025/2027	=											
	rilevazione Aziendale Aggiornamento e Crescita Professionale	=											
	Formazione come da Piano Formativo Aziendale												
	Formazione (da definire successivamente il monitoraggio dei fabbisogni)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
2027	Pubblicazione del Piano di Prevenzione della Corruzione 2026/2028	=											
	Formazione come da Piano Formativo Aziendale												
	rilevazione Aziendale Aggiornamento e Crescita Professionale	=											
	Formazione (da definire successivamente il monitoraggio dei fabbisogni)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

Misure 2025-2027 L'amministrazione successivamente la promulgazione del decreto legislativo n. 24/2023, che introduce la nuova disciplina del whistleblowing ha adeguato il proprio sistema di segnalazione al decreto citato.

Dall'analisi del contesto interno ed esterno l'Azienda si propone di dare un maggior impulso ai processi identificati nella tabella di seguito riportata.

Misure previste 2025

-Specifica formazione per la stazione appaltante e specifica formazione per l'area amministrativa e sanitaria ricondotta ai temi della (*mala- amministrazione*) e (*lotta allo spreco ed alla distorsione delle risorse pubbliche*).

-Verifiche periodiche sugli obblighi di pubblicità e l'adozione delle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione rispetto i processi Aziendali.

-Avvio dei cataloghi amministrativi distinti per funzione (identificazione dei processi amministrativi)

-Avvio dell'inventario dei Beni Aziendali

-Aggiornamento dei regolamenti aziendali di impatto sulla prevenzione della Corruzione:

-Regolamento Aziendale gestione dati Privacy -DPO-

-Aggiornamento Regolamento per la gestione delle attività degli Studi Clinici

-Obiettivi di Budget 2025, correlati alla dimensione della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza e dell'Integrità

- attività di sensibilizzazione sul ruolo del DEC e RUP successivamente la promulgazione del nuovo codice degli appalti.
- continuità nell'attività di controllo a campione sui permessi fruiti dai dipendenti ex legge 104/92 (previsione di massima tutela dei dati sensibili ricondotti ai dipendenti)
- verifica delle dichiarazioni rese per l'assenza del conflitto di interessi ed incompatibilità
- monitoraggio sull'utilizzo delle procedure ristrette per gli affidamenti dei lavori tecnico manutentivi al di sotto della soglia dei 40.000 euro
- Monitoraggio Revolving Doors
- aggiornamento Codice di Comportamento Aziendale (Linee guida ANAC 177/2020)

A riguardo nel presente Piano vengono individuate tre aree di rischio:

- obbligatorie;
- generali;
- specifiche.

Aree di rischio obbligatorie

Alcune aree, in base all'esperienza nazionale ed internazionale, sono da ritenersi ricorrenti nell'ambito delle pubbliche amministrazioni e la Legge n. 190/2012 le individua e fissa la obbligatorietà della loro indicazione nell'ambito dei Piani evidenziando i procedimenti collegati:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n.150 del 2009.
- I suddetti procedimenti corrispondono alle seguenti Aree di rischio:
- processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal D.Lgs. n. 163/2006 e dal d.lgs. 24 aprile 2014 convertito con modifica dalla legge n.89 del 23 giugno 2014 illustrato alla delibera ANAC n. 22 del 2014, e dalla l. 90 del 24 giugno 2014 convertito con modifica nella l. 114 agosto 2014 illustrato alla delibera ANAC n.1 del 2015 – si evidenzia a riguardo come, su indicazione della Determinazione ANAC n. 12/2015, tale area è stata ridefinita "Area di rischio contratti pubblici" e i conseguenti processi collegati rivisti alla luce delle osservazioni presentate nella citata Determinazione:
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Aree di rischio generali

La Determinazione ANAC 12/2015 raccomanda che la mappatura dei processi sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione o ente non solamente con riferimento alla cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre aree di rischio. A riguardo vengono introdotte delle aree di rischio definite "generali" che sono relative, in particolare, alle aree relative allo svolgimento di attività di :

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche

Oltre alle aree "generali", ogni amministrazione o ente ha ambiti di attività peculiari che possono far emergere aree di rischio specifiche. Concorrono all'individuazione delle "aree di rischio specifiche", insieme alla mappatura dei processi, le analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in amministrazioni dello stesso settore di appartenenza; incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici; incontri (o altre forme di interazione) con i portatori di interesse esterni, con particolare riferimento alle associazioni impegnate sul territorio nella promozione della legalità, alle associazioni di categoria e imprenditoriali; aree di rischio già identificate da amministrazioni simili per tipologia e complessità organizzativa.

Nella sezione di approfondimento riservata alla Sanità, sono fornite ulteriori indicazioni relativamente alle cd. "aree di rischio generali" e vengono identificate alcune "Aree di rischio specifiche":

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati – Area non riguardante la AOU;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.
-

Si conferma per l'aggiornamento del PTPC 2025-2027 l'analisi del contesto esterno precedentemente svolta, in particolare attraverso le informazioni fornite dai mass media locali, permette di identificare i seguenti processi da associare a specifiche aree di rischio:

- Ricoveri programmati e liste di attesa;
- Radiografie e referti medici a fini assicurativi;
- Procedure di Reclutamento del Personale.

Inoltre l'analisi degli articoli dei giornali ha evidenziato l'abitudine, diffusasi a livello nazionale, di fotografare o farsi fotografare. Tali comportamenti non sembrano prefigurare rischi a livello corruttivo ma possono essere rilevanti rispetto a possibili violazioni:

- del codice di comportamento del dipendente;
- del codice deontologico professionale;
- del rispetto della privacy dei pazienti.

La mappatura delle Aree di rischio obbligatorie, generali e specifiche

Per ciascuna Area di rischio individuata sono stati associati:

- i relativi processi;
- per ciascun processo, i rischi specifici ad esso connesso;
- la mappatura delle Unità Operative coinvolte;
- l'individuazione delle misure correttive introdotte e/o da introdurre.

In particolare, rispetto a questo ultimo aspetto relativo alle misure correttive, va specificato che:

- l'esperienza ad oggi maturata permette senz'altro di meglio specificare, in alcuni casi, tali misure;
- è previsto, per l'anno 2025, un maggiore coinvolgimento della parte sanitaria. A riguardo la rilevazione dei rischi correlati i processi per le UU.OO.CC clinico, assistenziali, tecniche e riabilitative. Per l'area dei decessi in ambito ospedaliero con nota prot. n°3793/2020 il Responsabile ha ridefinito le modalità di accesso del personale e dei mezzi esterni (pompe funebri) all'obitorio dell'Azienda.

Misure di prevenzione del rischio 2025-2027

Per il triennio sono identificate le seguenti misure obbligatorie per la prevenzione del rischio:

1. Codici di comportamento – diffusione di buone pratiche e valori;
2. Rotazione del personale;
3. Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
4. Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
5. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors) ed incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
6. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
7. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
8. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
9. La formazione;
10. Patti di integrità negli affidamenti;
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;

12. Dichiarazioni di conoscibilità delle relazioni e/o interessi che possono riguardare i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione;
13. Qualificazione Stazione Appaltante.

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2025-2027

Il programma è redatto in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 33 del 14 marzo 2013 e ss.mm.ii che ha riordinato l'intera disciplina in materia di obblighi di trasparenza, pubblicità, diffusione delle informazioni, e responsabilità. Nel D.Lgs. n. 33/2013 la "trasparenza" viene così definita: "La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione".

Il Programma si sofferma sulle principali novità normative intervenute nell'anno 2019 segnatamente la normativa sulla trasparenza e sono di seguito rappresentate:

- Pubblicazioni concernenti i titolari di incarichi dirigenziali (e dichiarazioni di patrimonio/reddito)

Come è ben noto per i dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali il riferimento è agli artt. 14, 15 e 41 del decreto legislativo n. 33/2013, è stato modificato dal decreto legislativo n. 97/2016. Per l'art. 41, quello dedicato al settore sanità in particolare, che considera le pubblicazioni per la dirigenza sanitaria dei dati di cui all'art. 15 del decreto n. 33/2013 (articolo previsto per le figure di consulenti e collaboratori). Su detto invio normativo all'art. 15 per la sanità, anziché all'art. 14 come per l'altra dirigenza pubblica, si discute da tempo, poiché il diverso trattamento sembra sia da considerarsi un rifiuto, un errore. Al fine di non incorrere in responsabilità attinenti la riservatezza dei dati personali è disposto che le pubblicazioni da eseguire per i titolari di incarichi dirigenziali riguardino i dati di cui all'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013 (sino ad eventuale modifica normativa).

- Dichiarazioni patrimonio e reddito dei titolari di incarichi dirigenziali (ed altri dati per pubblicazione)

All'interno del tema dei dati da pubblicare relativi ai dirigenti, vi è la questione riguardante le dichiarazioni di patrimonio e reddito. L'obbligo è declinato dall'art. 14, comma 1 lett. f, del decreto legislativo n. 33/2013 (sanità esclusa per rinvio all'art. 15). Ripercorriamo ora in sintesi gli elementi e la cronologia in argomento. La raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dei titolari degli incarichi dirigenziali nasce col Codice di Comportamento nazionale approvato con DPR n. 62/2013. Si tratta di un adempimento che a livello nazionale ha sempre destato remore,

discussioni, conflitti, con applicazioni scarse e forte contrarietà soprattutto della categoria dei medici. Quello descritto sin qui è l'adempimento richiesto, riguardante solo dichiarazioni da fornire all'amministrazione, da acquisire e conservare. La novità che ha entusiasmato i maggiori conflitti, a livello generale nazionale, è stata introdotta col decreto legislativo n. 97/2016 (art. 14), quello che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico e apportato modifiche al decreto legislativo n. 33/2013 sugli obblighi di trasparenza: le dichiarazioni dei titolari di incarico dirigenziale sono da pubblicarsi sui siti web delle amministrazioni. Nel settore sanità, tra l'altro, si è presentata una sorta di confusione normativa sulla possibile applicazione, in virtù del contrasto oggettivo tra gli articoli generali e specifici contenuti nel decreto 97 (14, 15, 41), se e quali dirigenti siano tenuti alla dichiarazione e alla sua pubblicazione. L'obbligo previsto dal d.lgs. 97/2016 (raccolta e pubblicazione) è stato sospeso a livello nazionale dal TAR Lazio con ordinanza pubblicata il 2 marzo 2017 su ricorso di un gruppo di dirigenti (in particolare in servizio presso l'Authority della Privacy). Di seguito la decisione dell'A.N.AC. con cui si invitano le amministrazioni a sospendere le relative procedure. Il tutto anche in eventuale attesa del necessario intervento normativo che potesse dirimere il conflitto normativo per l'applicazione nel settore sanità (ma ad oggi nessun intervento normativo è stato fatto). Nel settembre 2017 è stata pubblicata una nuova ordinanza del TAR Lazio, emessa nel contesto dello stesso giudizio, con la quale si rimette la questione alla Corte Costituzionale per la verifica di legittimità dell'art. 14 del decreto legislativo n. 97/2016; con l'effetto naturalmente che la rimessione comporta la sospensione dell'adempimento previsto dalla norma.

Le sanzioni per violazione degli obblighi di trasparenza

All'articolo 46 del sopra citato Decreto, inoltre, sono fissate le sanzioni per violazione degli obblighi di trasparenza:

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.
- il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi sopra citati se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

L'ANAC, con Delibera n. 146 del 18 novembre 2014 ha specificato il potere d'ordine esercitato dalla medesima Autorità, i provvedimenti adottabili, il procedimento per l'adozione del provvedimento di ordine e le conseguenze della mancata ottemperanza all'ordine dell'ANAC nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal piano nazionale anticorruzione e dal piano triennale di prevenzione della corruzione, nonché dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati (articolo 1, comma 3, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

Come sancito dall'art. 10 ex d.lgs. 33/2013, il Piano della Prevenzione della Corruzione identifica i Responsabili della Pubblicazione dei dati ed i responsabili degli obblighi di trasmissione dei dati per la loro pubblicazione.

2.4 EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

L'AOU di Salerno è una struttura sanitaria molto complessa, composta da più edifici (Plessi) caratterizzati da spazi e reparti diversi. Ognuno di questi ambienti deve poter garantire condizioni specifiche, in termini di riscaldamento e raffrescamento, alimentazione delle apparecchiature, fornitura di acqua calda. Disporre di impianti che permettono di ottimizzare i consumi energetici è sicuramente un vantaggio per la sostenibilità economica dell'intera Azienda.

Come si evince dal bilancio elettrico di Terna la sanità e l'assistenza sociale pubblica sono le maggiori utenze di energia del settore pubblico italiano, il 31% del totale. I costi per le forniture di energia arrivano a pesare tra il 3% e il 5% delle spese totali di gestione delle strutture.

È quindi un ambito di grande interesse la produzione e il consumo energetico delle strutture ospedaliere italiane, anche in ottica PNRR. La ripartizione dei consumi tra le diverse utenze può essere così schematizzata:

40% climatizzazione

15% illuminazione

15% acqua calda sanitaria

15% lavanderia

Per la maggior parte, la climatizzazione è gestita tramite impianti capaci di garantire ottimali condizioni di comfort e qualità dell'aria, considerando soprattutto che le persone che ne beneficiano sono lavoratori e pazienti, e devono garantire efficienza delle attività di tipo medico. Gli impianti dell'AOU di Salerno sono stati progettati per essere differenziati a seconda della posizione dove sono inseriti, perché sale operatorie e reparti di malattie infettive, su tutti, necessitano di standard diversi rispetto ad altre zone ospedaliere, in funzione delle patologie o dell'intensità di cure a cui sono destinati questi ambienti.

Per generale efficienza i sistemi di Building Automation rappresentano la soluzione adottata per il monitoraggio dei consumi. Inoltre puntando su una efficace manutenzione degli impianti ci consente di ottimizzarne il funzionamento e, quindi, di ridurre gli sprechi.

Anche il graduale isolamento di pareti e coperture renderà ancora più efficace il funzionamento degli impianti. Si interverrà ad esempio sulla coibentazione degli edifici, sostituendo infissi spesso vecchi e inserendo schermature solari.

Un'opportunità per l'Azienda, per il triennio 2025-2027, è quella di sfruttare i fondi del PNRR anche attraverso proposte di Partenariato Pubblico Privato (PPP), che permetterebbero agli operatori privati di elaborare proposte di efficientamento energetico. In questo modo si potranno coinvolgere capitali privati per completare il finanziamento delle opere di riqualificazione ai fini di risparmio energetico, anche perché i fondi del PNRR non saranno probabilmente sufficienti per riqualificare tutto il patrimonio aziendale.

Sono in fase di definizione logistica impianti per l'autoproduzione di energia elettrica. L'utilizzo del fotovoltaico potrà rappresentare un percorso fatto di efficienza energetica, ad esempio, tetti estesi spesso inutilizzati, ideali all'installazione di pannelli fotovoltaici tali da garantire autonomia elettrica.

Un'altra opzione importante allo studio è rappresentata da un efficace intervento sull'illuminazione, installando pannelli LED e sistemi di automazione per l'accensione e lo spegnimento degli ambienti che, a volte, restano illuminati anche senza persone che li occupino.

La UOC Attività Tecnico Manutentive /Energy Manager/EGE redige annualmente il Piano annuale – triennale dei LL.PP., nel quale è indicata sia la programmazione annuale, sia quella triennale, aggiornate ogni anno, secondo quanto previsto dall'art. 21 co 1 del D.Lgs. n. 50/2016. Tale articolo dispone che "le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio " Per la redazione del suddetto piano viene utilizzato lo schema di cui al "Regolamento recante procedure e schemi - tipo per la redazione e la pubblicazione del programma triennale dei LL.PP., del programma biennale per l'acquisizione di forniture e servizi e dei relativi elenchi annuali e aggiornamenti annuali", giusto decreto del Ministro delle Infrastrutture e Trasporti n. 14 del 16.01.2018.

In conclusione, il programma riporta gli interventi programmati e i relativi importi, suddivisi in relazione alla tipologia di finanziamento individuato e all'ente finanziatore, e di solito è coordinato con l'approvazione del bilancio dell'AOU.

La programmazione dell'anno 2025 e del relativo triennio 2025-2027, non ancora deliberata, prevede anche alcuni interventi di Efficientamento Energetico, alcuni dei quali sono stati avviati negli anni precedenti. Per le procedure ancora in corso il risparmio sarà conseguito solo al completamento dei lavori.

ANNO 2025/2026			
DELIBERAZIONI	OGGETTO	IMPORTO DEI LAVORI EURO	RISPARMI CONSEGUITI X ANNO
n. 804 del 26.11.2021 n. 671 del 27.08.2021 n. 432	FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE 2014-2020 - PIANO DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI PUBBLICI E AD USO PUBBLICO - DELIBERA CIPE DEL 10/08/2016 E N. 55 DEL 01/12/2016 - L.N. 190 DEL 23/12/2014	1.657.2540,02	

del 28.06.2022	INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DELL ' EDIFICIO DENOMINATO TORRE CARDIOLOGICA		
-------------------	---	--	--

in corso di chiusura del rilascio delle autorizzazioni di rito	: IMPIANTO DI TRIGENERAZIONE E RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA A SERVIZIO DELL'EDIFICIO TORRE CARDIOLOGICA DEL PLESSO RUGGI DI SALERNO		350.000,00
--	--	--	-------------------

ANNO 2025/2026			
DELIBERAZIONI	OGGETTO	INTERVENTI MANUTENTIVI	RISPARMI CONSEGUITI X ANNO
943/2024 Intervento in fase conclusiva	Sostituzione bruciatore caldaia principale Ruggi	79.208,18	RIDUZIONE EMISSIONI NO E CO MINORI DI 100mg/Nm3 con risparmio di gas e di EE
IN LAVORAZIONE	Installazione regolazione automatica su scambiatore per la produzione del caldo nella centrale termica del G. Fucito	Procedura da avviare	RIDUZIONE EMISSIONI NO E CO MINORI DI 100mg/Nm3 con risparmio di gas e di EE
Ordine del 26.11.2024 Intervento in fase di completamento	Sostituzione armature stradali Completamento del revamping Dell'illuminazione stradale, con sostituzione delle vecchie lampade a ioduri	40.031,90	VECCHIE LAMPADE: circa 400w di consumo cad. NUOVE LAMPADE: lampade led (circa 90W di consumo cad.
ANNO 2027			
DELIBERAZIONI	OGGETTO	IMPORTO DEI LAVORI EURO	RISPARMI CONSEGUITI X ANNO
N. 169 del 22.03.2023	POR CAMPANIA FESR 2014/2020 - AZIONE 4.1.1 "PROMOZIONE DELL'ECOEFFICIENZA E RIDUZIONE DI CONSUMI DI ENERGIA PRIMARIA NEGLI EDIFICI E STRUTTURE PUBBLICHE EFFICIENTAMENTO ENERGETICO PLESSO DA PROCIDA	€ 5.729.801,03	200.000,00

SEZIONE 3

STRUTTURA ORGANIZZATIVA-ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE- PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.1 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il modello organizzativo a cui l'AOU di Salerno fa riferimento è il modello dipartimentale. Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali, all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione di risorse.

Per tale scopo, a livello dipartimentale vengono collocate competenze e risorse atte a garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali, sia di gestione ordinaria che relative a progetti di innovazione e ad analisi di azioni finalizzate all'ottimizzazione degli acquisti e dei consumi;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza;
- coordinamento del budget dipartimentale;
- miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.

L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale persegue i seguenti obiettivi:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione generale e direzione delle singole strutture;
- la promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, favorendone l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca;
- la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici-terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

Al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, l'Azienda adotta, come modello ordinario di gestione operativa delle attività assistenziali (art. 3, comma 1, D.Lgs. n. 517/99), il Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI).

Le articolazioni organizzative operanti all'interno dei singoli DAI si distinguono in:

- Unità operative complesse;
- Unità operative semplici (articolazione di Unità operativa complessa);
- Unità operative semplici a valenza dipartimentale.

L'Atto aziendale, approvato definitivamente con deliberazione n. 364 del 24/04/2024, su conforme DGRC n°181/2024, ha delineato la struttura organizzativa generale che, sinteticamente, è articolata in:

- una tecnostruttura tecnico-amministrativa e sanitaria, a sua volta suddivisa in tre Staff di Direzione:
 1. Generale;
 2. Sanitaria;
 3. Amministrativa e tecnica;
- i Dipartimenti assistenziali integrati.

Il capitale umano nel corso dell'anno 2024 è rappresentato nella tabella di seguito riportata:

Tipologia del personale	Totale presenti al 31.12.2023	Assunti al 31.12.2024	Cessati al 31.12.2024	Totale presenti al 31.12.2024
Personale dipendente a tempo indeterminato	3.391	359	266	3.484
Dirigenti Sanitari non medici	42	3	2	43
Dirigenti professionali, tecnici ed amministrativi	14	4	3	15
Personale non dirigente	2.741	289	194	2.836
Personale a tempo determinato	39	151	50	140
Dirigenti Sanitari non medici	0	1	0	1
Dirigenti professionali, tecnici ed amministrativi	1	0	0	1
Personale non dirigente	10	92	3	99

3.2 LAVORO AGILE

Il lavoro agile (smart working) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla Legge 7 agosto 2015, n. 124 (cd. Riforma Madia), che all'art. 14 ha previsto l'obbligo per la Pubblica Amministrazione di adottare misure per favorire la conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro dei dipendenti.

Tra le misure individuate dalla predetta Legge, per supportare l'armonizzazione dei tempi di vita e di lavoro, sono stati previsti il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali per lo svolgimento delle attività lavorative. La regolamentazione del lavoro agile è stata

successivamente definita nel 2017 dalla Legge 22 maggio 2017, n. 81, che, oltre a prevedere misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, ha introdotto l'articolazione flessibile dei tempi e dei luoghi del lavoro subordinato. In particolare, il Capo II di tale legge definisce per la prima volta il lavoro agile come *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa”*.

Nel 2017, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito orientamenti operativi per la sperimentazione di questa modalità, con la Direttiva n. 3/2017. Tuttavia, è stata la pandemia da COVID-19 nel 2020, e la necessità di limitare i contatti fisici, a rendere il lavoro agile una modalità di lavoro diffusa anche nel settore pubblico. Questo ha permesso la continuazione dei servizi al pubblico in modalità remota, contribuendo alla coesistenza del distanziamento sociale e della prestazione lavorativa.

Durante la pandemia, il legislatore ha previsto la possibilità di omettere la sottoscrizione dell'accordo individuale tra datore di lavoro e lavoratore, nonché il rispetto degli obblighi informativi previsti dalla Legge n. 81/2017. Durante le fasi più critiche della pandemia, tra il 2020 e il 2021, il lavoro agile è diventato la modalità ordinaria di svolgimento delle prestazioni lavorative. Per tutto quanto non disciplinato dalla legge del 2017, si sono applicate le disposizioni contenute nei contratti collettivi e nelle normative generali sui rapporti di lavoro.

Nel dicembre 2020, l'AOU di Salerno ha attuato quanto indicato nelle "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance" pubblicate il 9 dicembre 2020. In queste linee guida, il POLA viene definito come uno strumento di programmazione per l'attuazione e lo sviluppo del lavoro agile, piuttosto che un semplice strumento per la definizione degli obiettivi delle strutture e dei singoli dipendenti.

Durante l'emergenza sanitaria, la UOC Gestione Risorse Umane ha attivato tutte le possibili soluzioni che permettessero di proseguire le attività lavorative in modalità alternativa al lavoro in presenza. Particolare attenzione è stata posta sulla prevenzione e sul benessere dei dipendenti. La formula adottata ha riguardato principalmente il personale non direttamente impegnato nelle attività assistenziali, come amministrativi e informatici, garantendo la continuità operativa da remoto e mantenendo alta l'efficienza e produttività anche in momenti critici.

Questa filosofia manageriale, che ha enfatizzato la flessibilità e autonomia dei lavoratori nella scelta degli spazi, orari e strumenti da utilizzare, è stata proposta come modello organizzativo da perseguire anche dopo la fase emergenziale, prestando, comunque, particolare attenzione ai possibili rischi derivanti dall'esternalizzazione dei dati aziendali, per salvaguardare la sicurezza e la privacy.

In questo contesto, il Servizio Informativo Aziendale ha perfezionato l'uso degli strumenti informatici (aggiornamento antivirus, corretta gestione delle password, tipologia di connessione, ecc.) e ha implementato rigide limitazioni di accesso alla rete aziendale, nel pieno rispetto della normativa europea GDPR e delle politiche di privacy, utilizzando sistemi di comunicazione sicuri e di protezione dei dati.

Dal 15 ottobre 2021, la presenza in servizio è tornata ad essere la modalità ordinaria di prestazione lavorativa nella Pubblica Amministrazione. Con la cessazione dell'emergenza sanitaria, il lavoro agile non è più la modalità principale, ma è diventato una delle opzioni ordinarie per l'esecuzione del lavoro.

Nel 2023, il Consiglio dei Ministri ha pubblicato, nella G.U. n. 228 del 29.09.2023, il D.L. n. 132, entrato in vigore il 30.09.2023, che ha prorogato fino al 31.12.2023 il diritto allo smart working per i lavoratori "fragili". Questo provvedimento ha rimosso una discriminazione precedente, che limitava tale diritto ai dipendenti del settore privato, estendendolo anche ai lavoratori pubblici affetti da patologie e/o condizioni specifiche.

Fino al 31.12.2025, ai sensi del Decreto Legge n. 202 del 27 dicembre 2024 (cd. DL Milleproroghe 2025), è stata prorogata la possibilità di richiedere lo smart working per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal D.M. della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del D.L. 24.12.2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11.

In base ai dati forniti dalla UOC Gestione Risorse Umane, nel 2024 solo 3 dipendenti hanno aderito allo smart working, in possesso dei requisiti e degli strumenti tecnologici necessari per poterlo attuare.

Il datore di lavoro dell'AOU di Salerno è tenuto a garantire il lavoro agile, anche attraverso l'assegnazione a mansioni diverse ma compatibili con la stessa categoria o area di inquadramento, senza alcuna decurtazione della retribuzione.

Oggi è necessario progettare una struttura organizzativa avanzata, orientata ai risultati e basata su responsabilizzazione e flessibilità, in un rapporto fiduciario tra lavoratore e datore di lavoro, secondo il principio di "far but close". Il lavoro agile deve essere un'opportunità per la gestione del capitale umano e per lo sviluppo organizzativo. La vera chiave di volta è l'affermazione di una cultura aziendale basata sui risultati, capace di generare autonomia, responsabilità, apprezzamento per il merito e valorizzazione dei risultati.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano Triennale dei fabbisogni rappresenta un importante strumento strategico e programmatico per individuare le necessità di personale, in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, tenendo conto dei vincoli di finanza pubblica finalizzati al contenimento della spesa di personale.

Questo piano è un obbligo previsto dall'articolo 6 del D.lgs. 165/2001, che, al comma 2, stabilisce che: *"Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter."*

Il Piano Triennale indica le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, nei limiti derivanti dalla spesa per il personale in servizio e dalle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente.

Per l'Azienda, l'obiettivo programmatico per il triennio 2023-2025 è contenuto nel Piano di fabbisogno del personale 2023-2025, approvato definitivamente con Deliberazione n° 124 del 13/02/2024, su conforme DGRC n° 721 del 12/12/2024. Questo Piano fa riferimento ai criteri di determinazione del fabbisogno stabiliti nella deliberazione DGRC n° 190 del 19/04/2023. Per la redazione dello stesso è stata effettuata una dettagliata analisi parametrica che ha consentito di definire il fabbisogno di personale per ogni profilo professionale e struttura aziendale. Di seguito si riporta la TABELLA A, allegato della citata deliberazione n°124/2025, in cui viene illustrato il dettaglio del PTFP per le annualità 2023-2025

AOU Salerno	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 SSN	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2022 ISTRUZIONE E RICERCA (solo per AA.OO.UU.)	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	FABBISOGNO AZIENDA 2023/2025	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2023	PTFP 2024	PTFP 2025
RUOLO SANITARIO	2.212	42	3.844	1.591	665	311	256	98
Dirigenti Medici	602	38	1.159	520	239	75	97	67
Dirigenti Sanitari non medici	29	4	118	85	27	10	10	7
<i>di cui dirigenti professioni sanitarie</i>	-	4	118	85	3	-	1	2
<i>di cui farmacisti</i>	10				9	4	5	-
<i>di cui altri sanitari non medici</i>	19				15	6	4	5
Personale del comparto area sanitaria	1.581	-	2.567	986	399	226	149	24
<i>di cui infermieri</i>	1.335	-	1.808	473	329	198	131	
<i>di cui ostetriche</i>	32	-	33	1	-	-	-	-
<i>di cui tecnici sanitari</i>	181	-	549	368	51	22	8	21
<i>di cui altro comparto sanitario</i>	33	-	177	144	19	6	10	3
RUOLO SOCIOSANITARIO	299	-	616	317	254	136	118	-
Personale del comparto area socio-sanitaria	299	-	616	317	254	136	118	-
<i>di cui OSS</i>	296	-	604	308	251	136	115	-
<i>di cui assistenti sociali</i>	3	-	12	9	3		3	-

RUOLO TECNICO	176	-	213	37	31	4	9	18
Dirigenti	2	-	8	6	1	-	-	1
Personale del comparto area tecnica	174	-	205	31	30	4	9	17
RUOLO PROFESSIONALE	6	0	17	11	11	2	7	2
Dirigenti	4	0	13	9	9	2	5	2
Personale del comparto area professionale	2	-	4	2	2	-	2	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	137	-	405	268	33	13	9	11
Dirigenti	8	-	40	32	6	2	2	2
Personale del comparto area amministrativo	129	-	365	236	27	11	7	9
TOTALE	2.830	42	5.095	2.224	994	466	399	129

Nel 2025, al fine di pervenire ad una dotazione organica adeguata alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, l'Azienda si prefigge di completare il processo di reclutamento in conformità con il citato Piano di fabbisogni, seguendo le *Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale delle Amministrazioni pubbliche* del Decreto Ministeriale 8/05/2018, che definiscono i principi generali per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale delle Amministrazioni pubbliche, in attuazione degli articoli 6 e 6-ter del D.Lgs. 165/2001, modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 75/2017. In particolare:

- La programmazione delle attività aziendali, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, inclusi i vincoli nazionali e regionali, sono elementi fondamentali per la redazione del piano triennale dei fabbisogni per le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- I Piani Triennali dei Fabbisogni del personale (PTFP) devono essere compatibili con il contenimento dei costi del personale, rispettando le indicazioni nazionali e regionali in vigore.
- I PTFP devono essere definiti in coerenza con gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, e con l'attività programmatoria dell'azienda nel suo complesso. Devono considerare i processi di razionalizzazione e innovazione attraverso nuove tecnologie, garantendo una gestione efficiente delle risorse umane disponibili. Devono inoltre essere compatibili con il quadro finanziario del SSN, redatti nel rispetto delle normative sul contenimento della spesa del personale, coerenti con il ciclo di performance e con i principi di legalità, anticorruzione e buona amministrazione.

Il reclutamento di personale esterno per la copertura del fabbisogno aziendale, tenuto conto dei vincoli di spesa e delle normative in materia di lavoro, avviene secondo modalità e procedure stabilite dalla legislazione vigente utilizzando gli istituti giuridici, di seguito riportati, disciplinati dalle specifiche norme specifiche, oltre che dai CCNL in essere per la Dirigenza di Area Sanità, per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa e per il Comparto:

- ✓ Avvisi di mobilità in entrata;
- ✓ Bandi per pubblico concorso e Avvisi a tempo determinato;
- ✓ Avvisi di conferimento incarico quinquennale di Direttore di Struttura Complessa;
- ✓ Utilizzo graduatorie di altri Enti;
- ✓ Avvisi di stabilizzazione;
- ✓ Avvisi di conferimento incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo.

In merito alle indicazioni contenute nella circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto ***“Indicazioni applicative del ricorso al trattenimento in servizio di cui all’art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024 n. 207”***, pubblicata sul sito istituzionale Funzione Pubblica il 20/01/2025, l’Azienda procederà durante l’esercizio a valutare le esigenze funzionali che non possono essere soddisfatte diversamente. Su questa base, verrà individuato il personale dirigente e non dirigente per il quale sarà possibile richiedere la disponibilità al trattenimento in servizio. In applicazione della successiva Direttiva del 20/01/2025, l’Azienda applicherà il limite massimo del 10% previsto dalla norma per i differenti ruoli, in relazione al fabbisogno numerico indicato nel Piano Triennale del Fabbisogno 2024-2026.

3.4 OBIETTIVI E PERFORMANCE PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITA’ E L’EQUILIBRIO DI GENERE

La performance Aziendale è l’insieme di misure che descrivono la capacità dell’azienda di raggiungere i propri obiettivi in modo efficace ed efficiente.

La performance organizzativa dell’AOU di Salerno è misurata su due livelli collegati fra loro: la performance complessiva a livello di Azienda e la performance delle singole unità organizzative, a cui è strettamente collegata la performance individuale.

La performance complessiva a livello di Azienda afferisce alla realizzazione degli obiettivi conferiti al Direttore Generale all’atto della Sua nomina. La performance delle unità organizzative è invece il contributo che ogni singola unità apporta alla performance complessiva dell’Azienda. Naturalmente l’apporto delle singole unità è dettato dalla performance di ciascuna delle risorse che compone quell’unità ovvero dalla performance individuale.

La performance aziendale è dunque correlata, anzi dettata, dalle performance dei singoli dipendenti, delle risorse umane alle quali va garantito benessere, formazione, pari opportunità, supporto affinché possano influenzare al meglio la performance Aziendale.

La parità tra uomini e donne è uno degli obiettivi dell’Unione Europea, un principio fondamentale ovvero un diritto che va realizzato pienamente da tutti gli Stati in quanto necessario per realizzare un mondo sostenibile.

Personale dipendente dell'AOU di Salerno anno 2024	
Maschi	42%
Femmine	58%

La piena realizzazione del suddetto diritto è stata inserita tra Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che gli Stati si sono impegnati a raggiungere entro il 2030.

Molti studi italiani rilevano il lento progredire dell'Italia sul tema. Sono necessari grandi miglioramenti concernenti la parità economica di genere, l'accesso delle donne alle posizioni decisionali, una migliore distribuzione dei carichi della cura familiare, troppo spesso esclusivo appannaggio delle donne, un più corretto bilanciamento tra vita professionale e vita privata.

Il Piano Triennale di Azioni Positive 2025-2027 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona è frutto di un lavoro condiviso con il Comitato Unico di Garanzia nato in seno all' azienda, secondo quanto disposto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 ed alla la Direttiva n.2/2019, al fine di *“assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica”*.

Di seguito si illustrano le azioni positive ovvero i miglioramenti volti a diffondere la cultura della parità di genere ed a superare i divari tra uomini e donne per il triennio 2025-2027.

1. Rimozione delle discriminazioni e contrasto alla violenza di genere:

al fine di sensibilizzare contro le discriminazioni ed aiutare i dipendenti a superare qualsiasi forma di disagio, è da anni attivo uno *“Sportello Virtuale di ascolto”*. Al citato *“sportello”* possono rivolgersi tutti i dipendenti che sentono di trovarsi in situazioni di discriminazione lavorativa o anche familiare o che comunque necessitino di una consulenza psicologica, di un supporto morale per superare situazioni percepite come avverse, di disagio.

2. Tutela della genitorialità attraverso il supporto alla maternità e paternità dei propri lavoratori:

l'attenzione non solo verso i propri dipendenti nella loro individualità e come capitale umano, ma anche nella loro interezza e piena realizzazione, ha portato l'Azienda a voler sostenere i dipendenti non solo con misure quali possono essere i congedi, previsti contrattualmente, ma anche con ulteriori misure quale può essere l'attivazione di convenzioni con asili nido.

3. Formazione del personale dipendente:

In linea con quanto stabilito dagli artt. 64, 65,66 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021, questa Azienda per l'accrescimento professionale dei propri dipendenti, ovvero per lo sviluppo delle risorse umane oltre che per favorire una maggiore efficacia ed efficienza della sua attività, ha attuato, con l'adesione alla piattaforma Syllabus, dei corsi di formazione per tutto il personale.

Si cercherà di realizzare crescita personale e professionale dei dipendenti così da migliorare il valore del capitale umano ed al contempo le performance aziendali.

Ogni anno sono stati concessi, secondo quanto disposto dall' art.62 del CCNL Comparto sanità 2019/2021, permessi per diritto allo studio, raggiungendo sempre la copertura del 3% del personale a tempo indeterminato; indice della volontà del personale di raggiungere sempre più elevati livelli di formazione.

4. Miglioramento dell'equilibrio tra vita lavorativa e personale dei dipendenti:

Al fine di favorire la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, i dipendenti possono fruire, previa specifica richiesta, di flessibilità dell'orario di lavoro (es. part-time) e degli altri strumenti di conciliazione come congedi parentali, smart working, lavoro agile, permessi di cui alla legge 104/92 che sono strumenti attuati per garantire tutela ai dipendenti fragili ovvero ai dipendenti che hanno necessità di prendersi cura dei propri familiari.

3.5 PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Tutte le aziende, qualunque sia la loro attività, necessitano di strumenti per formare il personale. Lo strumento di programmazione utilizzato è detto piano formativo aziendale e riguarda tutte le attività e i processi di formazione utili a valorizzare le risorse umane.

Lo scopo principale dell'AOU di Salerno è quello di creare attività sanitarie specifiche che rappresentano la mission aziendale e il rispetto di valori organizzativi condivisi. Il motore che permette di perseguire gli obiettivi è costituito da conoscenze e abilità dei dipendenti, dal funzionamento della loro organizzazione e dalle reali capacità individuali e di gruppo.

L'Azienda ha la possibilità di crescere quando i singoli e i gruppi acquisiscono nuove competenze e le concretizzano in azioni tangibili, tutto ciò deriva dalla formazione intesa come processo di apprendimento. In questa logica, lo scopo del piano formativo aziendale è rispondere alle necessità di apprendimento dei lavoratori. Queste necessità possono derivare da numerosi elementi, ecco alcuni esempi:

- caratteristiche peculiari delle attività sanitarie
- adeguamento a strumenti innovativi
- competenze trasversali
- gap tra le competenze di ruolo richieste e quelle realmente messe in atto dalle persone
- necessità di motivare i singoli

Il piano formativo aziendale è lo strumento fondamentale per valorizzazione delle risorse umane.

I professionisti devono poter svolgere le proprie attività nel miglior modo possibile, ecco perché diventa determinante la predisposizione di un piano formativo. Ogni ruolo aziendale prevede conoscenze specifiche, capacità tecniche, competenze trasversali e condivisione di valori che si rivelano nei comportamenti all'interno dell'ambiente di lavoro.

Un piano formativo per essere efficace deve essere condiviso con il resto dell'azienda, avendo cura di trasmettere i punti salienti e l'impatto che il piano dovrebbe avere sui singoli e sull'intera organizzazione.

Per la corretta redazione del piano formativo è stata effettuata un'attenta analisi degli obiettivi di performance e dei ruoli aziendali. Procedendo in questa maniera è stato possibile determinare i gap formativi specifici.

La predisposizione del successivo report rappresentata da dati quantitativi è di fondamentale importanza. Questa fase di raccolta dei fabbisogni è propedeutica quella di redazione del piano formativo vero e proprio. In pratica i fabbisogni saranno trasformati in obiettivi di apprendimento.

TITOLO		Tipologia RES FSC FAD	N. partecipa nti	Categorie	STRUTTURA
1	AGGIORNAMENTI IN ANATOMIA PATOLOGICA 2025	FSC	60	MEDICI	ANATOMIA PATOLOGICA
2	AGGIORNAMENTI IN ELETTROFISIOLOGIA	RES	120	INFERMIERI-- MEDICI	ELETTROFISIOLOGIA
3	CARATTERIZZAZIONE PATOLOGICO -MOLECOLARE DELLE NEOPLASIE: IMPLICAZIONI PRATICHE E NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE	RES	50	TUTTE LE PROFESSIONI	ONCOLOGIA
4	UPDATE: LA GUARIGIONE DELLE FERITE E L'OSSIGENO TERAPIA IPERBARICA	FSC	60	INFERMIERI-- MEDICI	UOS MEDICINA SUBAQUEA E IPERBARICA
5	LA GESTIONE SANITARIA DEI GAS MEDICINALI: CONOSCERE ED UTILIZZARE IN SICUREZZA I GAS MEDICALI COMPRESSI IN BOMBOLE	FSC	15	OSS	UOS MEDICINA SUBAQUEA E IPERBARICA
6	TECNICHE ENDOVASCOLARI PER L'ICTUS ISCHEMICO	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE	RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA
7	GESTIONE DELLE TRACHEOTOMIE APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	FSC	50	MEDICI- INFERMIERI	ORL
8	IGIENE OSPEDALIERA "SISTEMA DI CONTROLLO PULIZIE E GESTIONE RIFIUTI"	FSC	150	MEDICI- INFERMIERI	DMP P.O. RUGGI
9	CORSO AGAVE(ADDESTRAMENTO GESTIONE ACCESSI VENOSI	FSC	50	INFERMIERI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO
10	GESTIONE STRAVASI E SPANDIMENTI E DISPANSAZIONI FARMACI IN URGENZA	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO
11	GESTIONE PAZIENTE CAR-T	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO
12	GESTIONE DOCUMENTALE- CARTELLA CLINICA DI TRAPIANTO	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO
13	GESTIONE DEI CONSENSI INFORMATI	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO
14	SEMINARI IN EMATOLOGIA	RES	30	TUTTE LE PROFESSIONI	EMATOLOGIA E TRAPIANTI DI MIDOLLO

15	ECG E PACE MACHER IN CARDIOCHIRURGIA	RES	30	MEDICI INFERMIERI	CARDIOCHIRURGIA
16	ANASTOMOSI CABG-OFF PUMP CON SIMULATORE	FSC	10	MEDICI	CARDIOCHIRURGIA
17	GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE FERITE CHIRURGICHE	RES	30	MEDICI- INFERMIERI	CARDIOCHIRURGIA
18	L'ASSEGNAZIONE IN URGENTISSIMA DEGLI EMOCOMPONENTI PER USO TRASFUSIONALE	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
19	LA CONVALIDA DEI PROCESSI	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
20	L'AUDIT DI PARTE SECONDO: IL CLIENTE PRESSO IL FORNITORE	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
2	L'AFERESI	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
1	IL TRASPORTO DELLE UNITA' DI SANGUE INTERO DEGLI EMOCOMPONENTI, DEI CAMPIONI BIOLOGICI, DALLE SEDI DI RACCOLTA AI POLI DI LAVORAZIONE	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
22	SISTEMA ITALIANO: ATTIVITA' DI EMOVIGILANZA	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
23	LA DONAZIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
24	IMMUNOEMATOLOGIA DEL TRAPIANTO CSE AB0 INCOMPATIBILE	RES	50	INFERMIERI – TECNICI – MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE
25	PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI CUTANEE E DA DECUBITO	FSC	200	INFERMIERI OSS	MED D'URGENZA, PS E OBI
26	ACCESSI VENOSI CENTRALI – MEDLINE-PICC-ACCESSO INTRAOSSEO	FSC	100	INFERMIERI MEDICI	MED D'URGENZA, PS E OBI
27	PHTLS	FSC	200	MEDICI INFERMIERI	MED D'URGENZA, PS E OBI
28	ECG INTERPRETAZIONE	FSC	100	MEDICI INFERMIERI	MED D'URGENZA, PS E OBI
29	CONTENZIONE:DEFINIZIONE E TIPOLOGIA	FSC	120	MEDICI OSS INFERMIERI	MED D'URGENZA, PS E OBI
30	ALS	FSC	100	MEDICI INFERMIERI	MED D'URGENZA, PS E OBI GASRTOENTEROLOGIA
31	BLSD	FSC	150	MEDICI OSS INFERMIERI	MED D'URGENZA, PS E OBI
32	AUTOPALPAZIONE SENOLOGICA PREVENZIONE DEL TUMORE CON SIMULATORI	FSC	1000	TUTTE LE PROFESSIONI	BREST UNIT
33	LE MALATTIE INFETTIVE ENMERGENTI	RES	55	MEDICI E INFERMIERI	MALATTIE INFETTIVE
34	URGENZE ED EMERGENZE IN PEDIATRIA- PBLs- PALS CON SIMULATORI	RES	30	MEDICI INFERMIERI	PEDIATRIA
35	RIANIMAZIONE NEONATALE NELLE EMERGENZE IN SALA PARTO	FSC	12	INFERMIERI E MEDICI	NEONATOLOGIA

36	ICA MODULO B – C E D e presentazione del manuale	FSC E RES	5	MEDICI INFERMIERI TECNICI	FORMAZIONE
37	LA FORMAZIONE IN SIMULAZIONE tecnologia e umanizzazione	RES	50	TUTTE LE PROFESSIONI	FORMAZIONE
38	DONAZIONE ORGANI- TESSUTI E SANGUE APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	RES	200	TUTTE LE PROFESSIONI	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CAVA
39	IL CONSENSO INFORMATO IN TUTTE LE SUE DECLINAZIONI	RES	1000	TUTTE LE PROFESSIONI	ANESTESIA E RIANIMAZIONE RUGGI
40	LA CORRETTA COMUNICAZIONE INTER E INTRAPROFESSIONALE	RES	500	TUTTE LE PROFESSIONI	PSICOLOGIA
41	PEIMAF- ECOFAST – TRAUMA- CON SIMULAZIONE	RES	300	TUTTE LE PROFESSIONI	FORMAZIONE
42	ANTINCENDIO	RES	1500	TUTTE LE PROFESSIONI	FORMAZIONE
43	D.LEGS 81/08	RES	1000	TUTTE LE PROFESSIONI	FORMAZIONE
44	MALATTIE RARE E RETE ROC LA FORMAZIONE DEI CARGIVER CON SIMULATORI				
45	PIANO FORMATIVO SECONDO LA LEGGE ZANGRILLO	RES	100	PERSONALE AMMINISTRATIVO	FORMAZIONE
46	HIV per il personale sanitario corso biennale	RES	50	PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO	UOC MALATTIA INFETTIVE
47	Formazione TUTOR e docenti delle professioni sanitarie	FAD	300	Tutte le professioni	UOSD FORMAZIONE

a) **PRIORITA'**: le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale sono individuate nei percorsi :

1) di emergenza urgenza con ausilio di simulazione avanzata. L'azienda accreditata alla Regione Campania come centro BLSD, intende formare i dipendenti della rete emergenza al BLSD per quanti ancora non sono formati e di procedere alla formazione avanzata per il personale della rete emergenza. Inoltre, con piattaforma e simulatori sui casi clinici verrà formato il personale dei reparti sulla corretta gestione delle emergenze in reparto.

2) Sicurezza delle cure – ICA- corsi PNRR con manovre e procedure attraverso FSC nella aule di simulazione

3) Promozione della salute dei dipendenti con un percorso di formazione e informazione.

b) **RISORSE**: la UOSD Formazione ha, attraverso capitolati di gara con fondi regionali, attivato un centro di simulazione avanzata che quest'anno, grazie al progetto Rete ROC ed ICA si è ulteriormente arricchito con simulatori non solo di emergenza ma anche di cure specialistiche ed infermieristiche. Sono state acquisite piattaforme dedicate e software per la realizzazione di casi clinici da trasformare in scenari da vivere con la realtà immersiva attraverso visori. Il personale dedicato alla formazione con simulazione reclutato con manifestazione di interesse è stato formato con così specifici.

c) **INCENTIVI**: I percorsi formativi sono incentivati dalla erogazione di ECM e dalla possibilità di usufruire dei diritti di studio e di formazione secondo i CCNLL.

d) **OBIETTIVI:** gli obiettivi e i risultati attesi prevedono in un triennio di avere tutto il personale formato per la sicurezza con corsi BLS-D, di formare tutto il personale sanitario per le ICA entro due anni. Obiettivo della Formazione garantire un pacchetto formativo di almeno 24 ore che tutti i dipendenti possano attivare.

In virtù di quanto detto il processo di formazione è quindi costituito da più fasi. Entrando nel dettaglio, ne individuiamo quattro fondamentali:

1. analisi del fabbisogno
2. progettazione
3. erogazione
4. valutazione

1. Analisi del fabbisogno

È stato necessario prima di tutto comprendere le necessità delle organizzazioni aziendali (DAI) e dei lavoratori, un passaggio fondamentale affinché il processo formativo possa diventare funzionale a quella specifica organizzazione. Il fine ultimo di questa fase è quello di definire gli obiettivi generali dell'intervento.

È stato chiesto ai direttori delle UOC di trasmettere le esigenze formative del proprio personale al fine di raccogliere un numero elevato di informazioni in breve tempo. Questa modalità si è dimostrata molto vantaggiosa perché ha generato partecipazione e coinvolgimento.

2. Progettazione del piano formativo aziendale

La fase successiva ha riguardato la progettazione del piano formativo aziendale costituito da percorsi di apprendimento in relazione alle esigenze dichiarate, ai destinatari e alla realtà aziendale. Si è passati dagli obiettivi generali dell'analisi del fabbisogno a obiettivi specifici didattici che vanno a colmare i gap rilevati.

A seconda del livello di dettaglio dell'analisi, la progettazione consta di due momenti principali: uno macro e uno micro. Durante il primo è stata individuata la struttura dell'intervento (durata, numerosità dei gruppi, aree tematiche, unità didattiche, metodi formativi eccetera); nel secondo sono state definite le singole modalità didattiche e i "microcontenuti" dell'argomento principale da trattare.

3. Erogazione

La fase di erogazione consisterà nella realizzazione dei singoli interventi formativi, secondo quanto previsto dal piano formativo.

4. Valutazione dei risultati

L'ultima fase è di fondamentale importanza per avere un riscontro dell'impatto che il piano formativo ha avuto sugli obiettivi iniziali.

Questa analisi si svolge su due livelli:

- I) Valutazione dell'apprendimento, per verificare il livello di conoscenze e competenze acquisite. Gli strumenti utilizzati sono test o colloqui con il formatore, da svolgersi al termine del corso e/o poco dopo.
- II) Valutazione dei risultati della formazione sull'organizzazione aziendale. Nel periodo successivo al corso possono essere condotte interviste a campione o osservazioni sulle modalità di lavoro, è un'analisi che talvolta è svolta dal management aziendale.

Al termine di ciascun percorso formativo sarà utile somministrare ai partecipanti un questionario per stabilire il gradimento dell'attività svolta. È importante raccogliere informazioni sull'efficacia della metodologia didattica, degli strumenti e dei materiali per avere un piano formativo aziendale sempre più specifico ed efficace.

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

Questa sezione descrive, in relazione a ciascun ambito di programmazione previsto dal PIAO e rappresentato nelle sezioni precedenti, quali sono le tempistiche e le modalità di monitoraggio nel corso dell'anno nonché di valutazione a fine anno riguardo al conseguimento degli obiettivi attesi.

Per far sì che la programmazione degli obiettivi da raggiungere porti a dei buoni risultati, occorre sempre alla fase di programmazione vera e propria, far seguire la fase del monitoraggio. È 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.

La finalità di qualsiasi processo di programmazione e controllo è infatti quella di indirizzare le azioni dell'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati; è quella, dunque, di governare l'azienda in maniera guidata rispetto all'andamento non organizzato delle attività. Per tale motivo alla fase di definizione degli obiettivi, siano essi strategici di medio-lungo periodo, od operativi annuali di breve periodo, deve seguire sempre la fase di monitoraggio.

4.1 MONITORAGGIO PERFORMANCE

Relativamente agli obiettivi annuali di budget contenuti nel Piano della Performance, l'Azienda effettua un monitoraggio di tutti gli indicatori contenuti nelle schede budget con cadenza periodica trimestrale, per alcuni indicatori anche con maggiore frequenza (es. primo ciclo di terapia).

Nell'AOU di Salerno i direttori dei DAI ricevono trimestralmente i report con l'aggiornamento dei valori dei diversi indicatori, con evidenziazione, mediante campi colorati, della performance raggiunta. Il colore rosso indica che vi è una criticità, gialla una performance media, verde una performance buona, verde scuro una performance ottima. Consultando quindi la propria scheda budget ogni professionista si rende conto se gli obiettivi prefissati sono già raggiunti nel corso dell'anno, ovvero se è necessario mettere in atto delle azioni correttive per far sì che lo siano entro la fine dell'anno. Nel caso si rilevino delle criticità è utile incontrarsi con i diretti interessati per cercare di condividere come intervenire.

Alla fase di monitoraggio infra-annuale, una volta finito l'anno, segue la verifica finale, approvata dall'OIV. I risultati della verifica finale sono esposti annualmente nella Relazione sulla Performance e pubblicati nel sito istituzionale dell'Azienda.

4.2 MONITORAGGIO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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) che fornisce al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure;
- il secondo livello compete al RPCT. 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.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi sono condivisi con l'OIV e con la Direzione Aziendale e trasmessi alla UOC Programmazione e Controllo di Gestione competente in materia di performance organizzativa e individuale. Il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, insieme al monitoraggio delle misure di mitigazione del rischio, rappresenta un tassello fondamentale per assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione e riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio; coordinato dagli organismi interni che svolgono attività di controllo trasversale, viene effettuato secondo il c.d. modello di prevenzione a rete a intervalli programmati. Tale riesame richiede 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. È una prassi che non porta all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati, sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.

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, a seconda della tempestività richiesta per l'aggiornamento del dato. 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, 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 sistematico e, comunque, trimestrale, così come inteso anche da A.N.A.C., sugli adempimenti di cui al D.lgs. 33/2013.

4.3 MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

Il monitoraggio delle azioni e degli obiettivi definiti per migliorare l'organizzazione e l'impatto del lavoro agile è costruito con riferimento all'andamento degli indicatori esplicitati nelle tabelle del POLA. La tempistica di monitoraggio completo è impostata su una cadenza annuale.

4.4 MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'Azienda invia mensilmente alla regione un prospetto di riepilogo delle assunzioni e delle cessazioni effettuate nel periodo di riferimento. Negli incontri periodici con le Direzioni vengono approfondite le motivazioni legate agli andamenti e le possibili azioni di recupero che possono emergere anche da un benchmark con le altre aziende del contesto. A questo scopo la Direzione Generale dell'Assessorato regionale sta lavorando all'implementare un sistema di reportistica che attraverso la costruzione di cruscotti tematici organizzati per tipologia contrattuale e profilo professionale, evidenzierà i trend di assorbimento delle risorse nel corso degli anni e le scelte fatte in tema di politiche di assunzione.

4.5 MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

Per quanto riguarda l'esperienza dei pazienti, sono attive indagini periodiche rivolte a pazienti ricoverati presso le strutture aziendali attraverso la rilevazione della soddisfazione sul servizio di ricovero ricevuto. Le domande proposte, a risposta chiusa ed aperta, consentono al paziente di esprimere pareri, criticità e di segnalare elementi o persone che hanno fatto la differenza nell'esperienza di cura.

Le risposte dei pazienti al questionario sono raccolte e pubblicate a cura dell'Ufficio Pubbliche Relazioni sul sito aziendale. L'indagine è sistematica e parte di un osservatorio permanente che dal 2024 produce report di sintesi di tutti i risultati dell'indagine sulla piattaforma aziendale. Si tratta di un'opportunità davvero importante per lavorare sul miglioramento della qualità dell'assistenza, dal momento che le informazioni raccolte possono essere fonte preziosa di indicazioni, sia in relazione alle criticità da affrontare, sia riguardo alla possibilità di valorizzare gli esempi virtuosi che ne emergono.

CONCLUSIONI

Al di là del lungo e complesso iter legislativo che ha concretizzato l'entrata in vigore, il PIAO, pur configurandosi operativamente come una sorta di contenitore che ha accorpato i precedenti e ne ha sistematizzato i contenuti prodotti dall'AOU di Salerno in maniera indipendente e disorganica, questo documento non può essere considerato semplicemente come un "piano dei piani".

Si tratta, invece, di uno strumento che risponde a un'esigenza specifica che negli anni le aziende sanitarie hanno avvertito in maniera sempre più pressante: quella di programmare in maniera integrata e, soprattutto, di farlo in un'ottica di creazione di valore pubblico.

La necessità principale è stata quella di uscire dalla logica di una programmazione a compartimenti stagni a favore di un approccio integrato, anche alla luce di tutte le problematiche e le incertezze che ci riserva il prossimo futuro. Tuttavia è un percorso ancora in fase di adattamento che appare come un approccio di coordinamento ex-post di piani già esistenti. Al tempo stesso, però, è necessario che l'integrazione segua un percorso logico e coerente, orientata da orizzonti e obiettivi specifici per non rischiare di essere meramente formale.

Pertanto il valore pubblico può considerarsi la bussola adeguata ad orientare le logiche di corretta impostazione e attuazione del PIAO, intendendo il concetto di valore pubblico come generazione di benessere "multidimensionale" per la nostra comunità di riferimento, per gli stakeholders e per l'utenza. Un benessere a 360° (economico, sociale, culturale, sanitario, ecc.) che risponde proprio a quei bisogni che costituiscono i principi ispiratori del presente documento.