

Servizio proponente: UOC Privacy - Trasparenza e Integrità

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 901 del 27/10/2022

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O) - Approvazione

Il Direttore Generale
Avv. Anna Iervolino



AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI
(Monaldi - Cotugno - C.T.O.) di NAPOLI

"AZIENDA OSPEDALIERA
SPECIALISTICA DEI COLLI"
Monaldi - Cotugno - C.T.O.

Servizio proponente: UOC Privacy - Trasparenza e Integrità

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O) - Approvazione

REGISTRAZIONE CONTABILE

- Il presente provvedimento non comporta oneri diretti a carico dell'Azienda
- Il presente provvedimento comporta oneri diretti a carico dell'Azienda

La dott.ssa Maria Mauro, nominata Direttore della U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità dell’Azienda Ospedaliera dei Colli con Deliberazione del Direttore Generale n. 387 del 5/05/2021

Vista l’istruttoria della dott.ssa Lidia Avecone, funzionario, U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità dell’Azienda

PREMESSO:

- che in G.U.R.I. n. 188 del 7 agosto 2021 è stata pubblicata la Legge 6 agosto 2021, n. 113 di conversione in legge del D.L. n. 80/2021 recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del PNRR...”* con cui, nel più ampio scenario di riforma della PA, avviata anche attraverso l’adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, è stato introdotto il Piano integrato di attività ed organizzazione (P.I.A.O.) quale strumento unico di programmazione, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno;
- che il PIAO ha durata triennale e definisce tra l’altro:
 - a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all’art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
 - 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;
 - c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all’art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
 - 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, di cui all’art. 1 della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- che la suddetta novella normativa, all’art. 6, cc. 5 e 6 rinvia ad ulteriori provvedimenti attuativi statali, ovvero ad un D.P.R. e un D.M., la riorganizzazione dell’assetto normativo vigente e la definizione delle indicazioni operative per la redazione del PIAO;
- che il D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 recante *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*, ha differito al 31/03/2022 il termine di adozione dei provvedimenti di cui al punto precedente, rinviando conseguentemente al 30/04/2022, il termine di adozione del PIAO, da parte delle singole Amministrazioni;
- che il D.L. 30 aprile 2022, n. 36 recante *“Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”* ha ulteriormente differito, in sede di prima applicazione, il suddetto termine al 30 giugno 2022;
- che la legge 79 del 29 giugno 2022, ha introdotto il comma 7 bis all’art. 6 della Legge 113 del 6 agosto 2021, prevedendo che *“...le Regioni, per quanto attiene alle aziende ed agli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi...ed ai contenuti del Piano tipo...”*;

CONSIDERATO:

- che la relativa normativa di attuazione di cui all’art. 6, cc. 5 e 6, della Legge 6 agosto 2021, n. 113 e s.m.i., è stata approvata solo in data 24 giugno 2022, mediante:
 - a) il D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 con cui è stato emanato il Regolamento che individua ed abroga gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
 - b) il D.M. del Ministro per la pubblica Amministrazione del 24 giugno 2022 con cui è stato adottato il piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni;
- che l’Azienda dei Colli, nelle more dell’adozione della suddetta disciplina di attuazione, ha comunque ritenuto necessario formalizzare gli obiettivi in materia di performance, di formazione, di reclutamento e di prevenzione della corruzione, adottando i seguenti atti:

- Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022;
 - Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022, di cui alla Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022;
 - Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024 (P.T.P.C.T.), di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022;
 - Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023, di cui alla Deliberazione n. 620 del 28/06/2022;
- che, in fase di prima attuazione, anche in assenza degli atti regionali di adeguamento normativamente previsti per gli enti del SSN, l'Azienda al fine di fornire una visione integrata dei diversi strumenti di programmazione, regolarmente approvati nei termini previsti dalla normativa di settore, ha ritenuto comunque di adottare per l'anno in corso il PIAO quale documento unico che riorganizza, secondo le indicazioni fornite dal D.M. 24 giugno 2022, i dati, i documenti e le informazioni contenuti e pedissequamente estratti dai piani di cui ai punti precedenti;
 - che il suddetto documento è stato redatto secondo le indicazioni operative e metodologiche condivise con la Direzione Amministrativa, alla quale il documento è stato preventivamente trasmesso;

VISTO:

- il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;
- il D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- la L. 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i.;
- il D.lgs. 10 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.;
- l'art. 6 del Decreto legge 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge 113 del 6 agosto 2021;
- il D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022;
- il D.M. del Ministro per la pubblica Amministrazione del 24 giugno 2022;
- l'art. 6, comma 7 bis della Legge 113 del 6 agosto 2021, introdotto dalla legge 79 del 29 giugno 2022, in cui è previsto che *"...le Regioni, per quanto attiene alle aziende ed agli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi...ed ai contenuti del Piano tipo..."*;

RICHIAMATA:

- la Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022, Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024;
- la Deliberazione n. 384 del 22/04/2022, Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024 (P.T.P.C.T.);
- la Deliberazione n. 620 del 28/06/2022, Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023;
- la Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022, Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022;

VALUTATO:

- di dover procedere, in fase di prima applicazione, in un'ottica di programmazione integrata, quale obiettivo degli interventi normativi in premessa, al fine di migliorare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi offerti al cittadino, all'adozione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2022- 2023, ai sensi dell'art. 6 della L. 113 del 6 agosto 2021 e s.m.i. riorganizzando, secondo le indicazioni fornite dal D.M., i dati, i documenti e le informazioni contenuti e pedissequamente estratti dai seguenti documenti:

1. Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022;
2. Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022, di cui alla

Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022;

3. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024 (P.T.P.C.T.), di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022;
4. Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023, di cui alla Deliberazione n. 620 del 28/06/2022;

- di dover procedere, per quanto sopra, in un'ottica complessiva di trasparenza degli obiettivi di performance, di formazione, di reclutamento e di prevenzione della corruzione, alla pubblicazione sul sito istituzione del Dipartimento della Funzione Pubblica anche dei relativi documenti di programmazione deliberati, a supporto integrante del presente Piano;

EVIDENZIATO che il PIAO non sostituisce, ma assorbe e sintetizza, i documenti di cui sopra, elaborati e proposti dalle competenti UU.OO. aziendali, ed al cui contenuto si rinvia integralmente.

VERIFICATA:

la legittimità e la regolarità giuridico-amministrativa del procedimento e dei contenuti della presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità

DICHIARATA, altresì:

- l'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi degli artt. 6,7,14 del D.P.R. n. 62/2013 e dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990, nonché delle disposizioni del Codice di Comportamento aziendale e delle misure di cui al PTPCT vigenti;

- il rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, come modifica ed integrato con il D.Lgs. 10.08.2018, n. 101, di recepimento del Regolamento (UE) 2016/679, ai fini della pubblicazione all'Albo Pretorio.

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, la sottoscritta

**propone
al Direttore Generale**

per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati di adottare il presente provvedimento e, nello specifico di:

- **APPROVARE** il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O.), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- **STABILIRE** che, in fase di prima applicazione, il Piano allegato costituisce uno strumento di programmazione integrata, ai sensi dell'art. 6 della L. 113 del 6 agosto 2021 e s.m.i, al fine di migliorare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi offerti al cittadino, che riorganizza, secondo le indicazioni fornite dal D.M., i dati, i documenti e le informazioni contenuti ed estratti dai seguenti documenti ed al cui contenuto si rinvia:

1. Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022;
2. Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022, di cui alla Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022;
3. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024 (PTPCT), di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022;
4. Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023, di cui alla deliberazione n. 620 del 28/06/2022;

- **TRASMETTERE** copia del presente atto a per quanto di rispettiva competenza:

- all'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione;
- all' U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità;
- all'U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- all' U.O.C. Formazione;
- all'Organismo Indipendente di Valutazione;

- al Collegio Sindacale;

- **DARE ATTO** che la proposta *de qua* è immediatamente esecutiva atteso il termine normativamente previsto;

- **SPECIFICARE** che il provvedimento amministrativo in questione è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza;

- **DISPORRE** la pubblicazione dell'atto sul sito aziendale nella sezione "Deliberazione e Determine" per la durata di giorni quindici (15), nonché nella sezione "Amministrazione trasparente/Disposizioni generali";

- **DISPORRE**, altresì la pubblicazione dell'atto, a cura del proponente, sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, unitamente ai documenti di cui ai punti 1, 2, 3 e 4.

Il Funzionario
Dr.ssa Lidia Avecone

Il Direttore UOC
Dr.ssa Maria Mauro

IL DIRETTORE SANITARIO

(nominato con deliberazione n. 835 del 09.08.2022)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(nominato con deliberazione n. 834 del 09.08.2022)

Vista la proposta di deliberazione che precede dalla dott.ssa Maria Mauro, in qualità di Direttore della U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità avente ad oggetto "Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O) - Approvazione"

Preso atto della dichiarazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente atto, resa e sottoscritta dal Direttore proponente a seguito dell'istruttoria effettuata;

ESPRIMONO

parere favorevole all'adozione del presente provvedimento

Il Direttore Sanitario
Dott. Giuseppe Fiorentino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alberto Pagliafora

IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Anna Iervolino

(nominata con D.P.G.R.C. n. 107 del 04.08.2022, giusta deliberazione di GRC n. 328 del 21.06.2022)

Alla stregua dell'istruttoria espletata dalla U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del dirigente proponente, della regolarità e legittimità del presente atto, nella forma e nella sostanza, ai sensi della normativa vigente nonché dell'utilità per il servizio pubblico;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di:

- **APPROVARE** il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O.), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- **STABILIRE** che, in fase di prima applicazione, il Piano allegato costituisce uno strumento di programmazione integrata, ai sensi dell'art. 6 della L. 113 del 6 agosto 2021 e s.m.i, al fine di migliorare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi offerti al cittadino, che riorganizza, secondo le indicazioni fornite dal D.M., i dati, i documenti e le informazioni contenuti ed estratti dai seguenti documenti ed al cui contenuto si rinvia:

1. Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022;
2. Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022, di cui alla Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022;
3. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024 (PTPCT), di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022;
4. Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023, di cui alla Deliberazione n. 620 del 28/06/2022;

- **TRASMETTERE** copia del presente atto a per quanto di rispettiva competenza:

- all'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione;
- all' U.O.C. Privacy – Trasparenza e Integrità;
- all'U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- all' U.O.C. Formazione;
- all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- al Collegio Sindacale;

- **DARE ATTO** che la proposta *de qua* è immediatamente esecutiva atteso il termine normativamente previsto;

- **SPECIFICARE** che il provvedimento amministrativo in questione è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza;

- **DISPORRE** la pubblicazione dell'atto sul sito aziendale nella sezione “Deliberazione e Determine” per la durata di giorni quindici (15), nonchè nella sezione “Amministrazione trasparente/Disposizioni generali”;

- **DISPORRE**, altresì la pubblicazione dell'atto, a cura del proponente, sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, unitamente ai documenti di cui ai punti 1, 2, 3 e 4.

Il Direttore Generale

Avv. Anna Iervolino

Servizio proponente: UOC Privacy - Trasparenza e Integrità

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n° 901 del 27/10/2022

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 (P.I.A.O) - Approvazione

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo pretorio on-line di questa Azienda, ai sensi della Legge n. 69 del 18/06/2009, per 15 gg.

consecutivi a decorrere dal **27/10/2022**

ed è divenuto esecutivo il **27/10/2022**

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*

Elenco firmatari

Questo documento è stato firmato da:

Mauro Maria - UOC Privacy - Trasparenza e Integrità

Pagliafora Alberto - Direzione Amministrativa

Fiorentino Giuseppe - Direzione Sanitaria

Iervolino Anna - Direzione Generale

Girelli Pasquale - Ufficio Determine

**Azienda Ospedaliera dei Colli
Napoli**

**Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022 - 2024
(PIAO)**

Premessa.....	1
SEZIONE I.....	1
SCHEDA ANAGRAFICA.....	1
SEZIONE II.....	3
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE.....	3
2.1 VALORE PUBBLICO.....	4
2.1.1. L’Azienda Ospedaliera dei Colli.....	4
2.1.2 Mission.....	5
2.1.3 Vision.....	6
2.1.4 Valori e Qualità.....	7
2.1.5 Cambiamento nell’assetto assistenziale generale dell’Azienda.....	7
2.2 PERFORMANCE.....	8
2.2.1 Presentazione del Piano e della Direttiva Annuale del Direttore Generale.....	8
2.2.2 Obiettivi assegnati al Direttore Generale.....	9
2.2.3 Caratteristiche degli Obiettivi aziendali.....	9
2.2.4 Analisi del contesto interno.....	12
2.2.4. A) L’amministrazione.....	12
2.2.4. B) Dati di attività ed analisi delle performance clinico-assistenziali ed organizzative.....	14
2.2.5 I risultati raggiunti.....	16
2.2.6 Andamento obiettivi DGRC 365/2019 - Allegato A.....	21
2.2.7 Andamento obiettivi DGRG 365/2019 – Allegato B.....	29
2.2.8 Andamento Attività specialistica ambulatoriale 2019 - 2020.....	33
2.2.9 Andamento dell’attività di pronto soccorso.....	34
2.2.10 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti.....	35
2.2.10.1 Albero della performance.....	35
2.2.10.2 Obiettivi strategici.....	37
2.2.10.3 Obiettivi e piani operativi.....	38
2.2.10.4 Obiettivi Individuali.....	40
2.2.10.5 Obiettivi Individuali legati alla progettualità del comparto.....	44
2.2.10.6 La negoziazione di Budget.....	45
2.2.10.7 Tabella Obiettivi Strategici e obiettivi sulla valutazione individuale Rinvio.....	48
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	49
2.3.1 Premessa.....	49
2.3.2 Obiettivi strategici.....	49
2.3.3 Analisi del contesto.....	50
2.3.3. A) Contesto esterno.....	50
2.3.3. B) Contesto interno.....	53

2.3.4 Mappatura dei processi.....	55
2.3.5 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	56
2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	59
2.3.7 Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure.....	76
2.3.8 Attuazione della trasparenza	77
SEZIONE III	81
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	81
3.1 Struttura organizzativa	82
3.2 Il progetto di informatizzazione	86
3.3 Le risorse umane	87
3.4 Organizzazione del Lavoro Agile	89
3.5 Piano triennale dei fabbisogni del personale	90
3.6 Formazione del personale.....	91
SEZIONE IV.....	94
MONITORAGGIO	94
4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance	95
4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza	95
4.3 Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano	95

Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in avanti PIAO) è stato introdotto dall'art. 6 del d.l. n. 80 del 9 giugno 2021, poi convertito, con modificazioni, dalla l. n. 113 del 6 agosto 2021.

Con D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022 è stato emanato il Regolamento che individua ed abroga gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO e con il D.M. del Ministro per la pubblica Amministrazione del 24 giugno 2022 è stato adottato il piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

Il PIAO si colloca nel più ampio scenario di riforma della PA, avviata anche attraverso l'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il PIAO dell'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli è elaborato, in coerenza al Regolamento adottato con il DM del 24 giugno 2022, sebbene le Regioni, per quanto attiene alle aziende ed agli enti del Servizio sanitario nazionale, non abbiano ancora provveduto all'adeguamento dei rispettivi ordinamenti ai sensi dell'art. 6, comma 7 bis della l. n. 113 del 6 agosto 2021 (come modificato dalla l. 79 del 29 giugno 2022), ed è suddiviso nelle seguenti sezioni:

- **Sezione I - Scheda anagrafica dell'amministrazione**
- **Sezione II – Valore pubblico, Performance ed Anticorruzione**

La sottosezione Valore Pubblico è dedicata alla rappresentazione del Valore pubblico che l'Azienda realizza (*baseline*) e intende realizzare (*target*), in linea con la strategia da attuare per la creazione del valore.

La sottosezione Performance è dedicata alla rappresentazione delle logiche di *performance management*, di cui al capo II del d.lgs. n. 150/2009 e secondo le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica.

La sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza è relativa all'impegno aziendale rivolto al raggiungimento della piena trasparenza nelle attività di organizzazione, in linea con gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi della l. 190/2012 e del d.lgs. 33/2013.
- **Sezione III – Organizzazione e Capitale Umano**

La sezione è riferita alla rappresentazione del modello organizzativo adottato dall'Azienda, la consistenza delle risorse umane, le principali indicazioni, allo stato fornite in materia di lavoro agile, i dati del Piano triennale del fabbisogno del personale e le iniziative programmate in materia di formazione del personale.
- **Sezione IV – Monitoraggio**

La sezione, dedicata alla rappresentazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio dei piani programmatici, contiene un mero rinvio ai singoli Piani.

Considerati i termini di approvazione definitiva della disciplina di attuazione, il presente Piano ha l'obiettivo, in fase di prima attuazione, di fornire una visione integrata dei diversi strumenti di programmazione, regolarmente approvati nei termini previsti dalla normativa di settore ed ai quali si rinvia integralmente.

Per quanto sopra, dal punto di vista metodologico, il presente documento riorganizza, secondo le indicazioni fornite dal D.M., i dati, i documenti e le informazioni contenuti e pedissequamente estratti dai seguenti atti:

1. Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022;
2. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024, di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022;
3. Piano Triennale del fabbisogno di personale (P.T.F.P.) 2021-2023, di cui alla deliberazione n. 620 del 28/06/2022;
4. "Linee Guida sul trattamento dei dati personali in modalità di "lavoro agile", adottate con nota prot. AOC/9434/2020;
5. Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della dirigenza – Anno 2022, di cui alla Deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022.

Il presente documento pertanto non sostituisce, ma assorbe e sintetizza, i documenti di cui sopra ed al cui contenuto si rinvia integralmente, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino.

Il Piano ha normativamente durata triennale, sebbene alcuni documenti abbiano valenza annuale e viene approvato in coerenza con il Bilancio di Previsione 2022, approvato con Deliberazione n. 1111 del 23/12/2021.

SEZIONE I

SCHEMA ANAGRAFICA

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
DENOMINAZIONE	Azienda Ospedaliera dei Colli
SEDE LEGALE	Via Leonardo Bianchi s.n.c. – 80131 - Napoli
C.F./P.I.	06798201213
DIRETTORE GENERALE	Avv. Anna Iervolino
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Dott. Albero Pagliafora
DIRETTORE SANITARIO	Dr. Giuseppe Fiorentino

SEZIONE II

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1. L'Azienda Ospedaliera dei Colli

L'Azienda Ospedaliera dei Colli è stata costituita il 1/1/2011, in attuazione del Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.70 del 02/12/2010, come previsto dalla deliberazione n. 623 del 31 agosto 2010, facendo confluire le Aziende Ospedaliere Monaldi e Cotugno ed il presidio ospedaliero CTO dalla ASL NA1 Centro, creando un polo ospedaliero polispecialistico con circa 1.000 posti letto che comprende le funzioni di alta specializzazione: il Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare e di chirurgia specialistica, il Cotugno ad indirizzo infettivologico ed epatologico ed il C.T.O, ad indirizzo orto-neuro-riabilitativo.

L'Azienda si compone quindi degli Ospedali "V. Monaldi", "D. Cotugno" e "C.T.O." di Napoli, è un'Azienda pubblica dotata di personalità giuridica.

L'Ospedale V. Monaldi è ubicato in via Leonardo Bianchi, 80131 NAPOLI

L'Ospedale D. Cotugno è ubicato in via G. Quagliariello, 80131 NAPOLI

L'Ospedale CTO è ubicato in viale Colli Aminei n.21 80141 NAPOLI

Presso l'Azienda è presente una forte componente della Università Vanvitelli di Napoli, con la Facoltà di Medicina e Chirurgia ben radicata in ciascuno dei plessi. In Azienda è presente anche l'Università Federico II di Napoli.

I rapporti tra le Università e le Aziende Ospitanti sono regolati dai decreti commissariali n.47 e 48/2016.

L'Azienda è Ente con personalità giuridica di diritto pubblico ed è dotata di autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell'Azienda è in Napoli, in Piazzale Ettore Ruggieri (già Via Leonardo Bianchi, la Partiva Iva dell'Azienda è 06798201213. Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web dell'Azienda è www.ospedalideicolli.it

Dal mese di aprile 2018 è funzionante il Pronto Soccorso presso l'Ospedale C.T.O.

L'Azienda presenta le seguenti caratteristiche:

- eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica e chirurgica, in elezione, sia in regime di day surgery e day hospital, sia erogando prestazioni ambulatoriali.
- specificamente per l'ospedale Monaldi, è inserita nell'ambito delle reti tempo-dipendenti dell'emergenza cardiologica e cardiocirurgica, dell'ictus cerebrale e della rete traumatologica, quale HUB regionale.
- l'Unità Operativa di Cardiologia pediatrica, in parallelo con la Cardiocirurgia pediatrica fornita di laboratorio di emodinamica e di elettrofisiologia per la diagnostica morfofunzionale invasiva e trattamento interventistico, è inserita nella Rete per le terapie intensive neonatali, con la identificazione di un Centro per particolari funzioni riferite a casi di alta complessità clinico strumentale, quali diagnostica prenatale, cardiopatie congenite dell'età adulta e cardiologia dello sport in età adolescenziale, malattie rare cardiovascolari.
- è inclusa nella Rete Oncologica, rispettando il principio guida della presa in carico globale e continua della persona malata.
- relativamente all'ospedale Cotugno è inclusa nel Centro Regionale di riferimento infettivologico per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta;
- a seguito del decreto commissariale n. 55 del 30/09/2010 inerente il riassetto della rete laboratoristica, l'Azienda nel suo complesso, ha proceduto all'accorpamento dei servizi sanitari legati alla diagnostica, con l'attenzione alla creazione di laboratori centralizzati, in grado di conseguire economie di scala nella esecuzione dei test, ottimizzando l'aspetto legato alla gestione della qualità, alla luce delle indicazioni del piano approvato e del citato Decreto.

Il DCA 33/2016 ha inoltre individuato alcuni centri aziendali a valenza regionale ritenuti essenziali:

- **Centro Trauma Zonale.**
 1. Il DCA 33/2016 prevede per l'AORN dei Colli l'attivazione del Centro Trauma Zonale presso l'Ospedale C.T.O. Dal mese di novembre 2016 hanno preso avvio le attività h24 clinico - assistenziali connesse al centro *Hub* di Traumatologia Ortopedica inserito nella rete 118 dell'emergenza urgenza regionale, funzionante sulla base delle medesime modalità operative e procedurali attualmente in uso per gli *Hub* di cardiologia interventistica e cardiocirurgia dell'Ospedale Monaldi (trasporto secondario). Nei primi mesi del 2018 è stato progressivamente attivato il Pronto Soccorso presso l'Ospedale C.T.O.
- **Centro di riferimento regionale per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta** In particolare, afferiscono a tale Centro Regionale, per quanto riguarda questa Azienda:
 - una unità operativa di malattie infettive per il trattamento dell'insufficienza epatica acuta, presso l'Ospedale Cotugno;
 - una unità operativa per le neuropatie infettive, presso l'ospedale Cotugno;
 - un laboratorio di riferimento regionale per malattie parassitologiche, batteriologiche e virali presso l'ospedale Cotugno.
- **Centro di III Livello a valenza regionale per le Patologie Fetali** .A tale fine viene programmata una Ostetricia con posti letto dedicati senza pronto soccorso per il parto programmato delle pazienti; la stessa Ostetricia accoglierà parti programmati per gravide con problematiche cardiologiche di rilevante gravità, o con certificate patologie dalle quali potrebbero scaturire danni neurologici al neonato.
- **Centro regionale per le Malattie Infettive Pediatriche.** la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento del piccolo paziente hanno indotto la Regione Campania ad istituire, presso questa Azienda, Ospedale Cotugno, un Centro regionale di Infettivologia Pediatrica, per il quale vengono previsti n. 15 posti letto di pediatria, con isolamento
- **Centro Regionale di Ortogeriatrics.** La maggiore complessità delle patologie ortopediche nell'età geriatrica legata a multipatologie e cronicità ha reso necessaria l'istituzione di un Centro Regionale di Ortogeriatrics presso l'Azienda dei Colli, Ospedale C.T.O;
- **Centro regionale per le Malattie Infettive legate alla infezione da COVID-19.** la necessità di garantire contemporaneamente cure efficaci, adeguata protezione, isolamento dei pazienti sospetti o conclamati da infezione dal Coronavirus responsabile della epidemia in Cina nel 2020. Le attività di isolamento e di degenza sono poste in essere presso le stanze a pressione negativa site nell'Ospedale Cotugno e l'effettuazione dei test diagnostici per l'infezione sono effettuati presso il laboratorio con livello di contenimento biologico PCL3 allocato presso il medesimo nosocomio.

L'identità dell'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli viene di seguito definita attraverso:

- sintesi dei principali aspetti che la caratterizzano traducendo questi in cifre;
- declinazione della *Mission* e *Vision*.

2.1.2 Mission

L'Azienda Ospedaliera dei Colli è una Azienda pubblica di carattere sanitario, senza finalità di lucro e ad alta specializzazione ed assicura l'accoglienza ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone portatrici di bisogni di salute. Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e grazie alle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La ridefinizione del ruolo delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere operato dalla legislazione, in coerenza con l'analoga ridefinizione dei ruoli della Regione e delle Autonomie Locali, ha impresso una forte connotazione di innovazione nella gestione delle stesse mediante il riconoscimento della autonomia imprenditoriale.

Le logiche di governo e di gestione aziendale non possono prescindere dall'utilizzo di sistemi dinamici che si adattino al disegno strategico aziendale e collochino l'azienda come *partner* attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione di un progetto sociale di salute.

La "promozione" diventa quindi il principio ispiratore dell'azione tecnica e organizzativa aziendale intesa come promozione di conoscenza, di autonomia e sviluppo della responsabilità individuale al fine di consentire la ridefinizione del valore della libertà di scelta quale massima espressione della centralità dell'individuo.

Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

- di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;
- di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;
- di sviluppare idonee forme di comunicazione interna ed esterna come condizione indispensabile per attivare il processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nello sviluppo aziendale;
- la ricerca e lo sviluppo di collegamenti stretti con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi come condizione di confronto intorno alle competenze distintive;
- di investire in formazione ed aggiornamento al fine di potenziare il patrimonio professionale presente.

2.1.3 Vision

La riorganizzazione della rete ospedaliera campana rappresenta l'opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su presidi maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo. Il modello organizzativo scelto è basato sull'integrazione funzionale delle strutture, capace di creare una rete di assistenza per la gestione globale del paziente.

Elemento caratterizzante è l'integrazione, anche di più presidi, in un'unica realtà assistenziale che consenta di razionalizzare la distribuzione delle dotazioni tecnologiche, una maggiore efficienza del sistema, una revisione dell'offerta di assistenza che ponga i bisogni al centro di una programmazione, sostanziale e funzionale, nell'interesse del cittadino e con lo scopo di garantire, all'interno della Regione, il soddisfacimento di ogni necessità. In tale riorganizzazione, l'Azienda si avvale dei propri ospedali e si propone quale struttura di riferimento della sanità regionale e nazionale, secondo le specifiche aree di intervento riconosciute nell'ambito del Piano Ospedaliero, frutto, peraltro, dell'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che hanno operato negli ospedali confluiti e della capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento, favorendo il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. Opera, peraltro, per realizzare tutte le condizioni che vedono singole realtà aziendali integrate nella rete dell'emergenza-urgenza prevista da Piano Ospedaliero e per il potenziamento di quelle individuate quali Centri di riferimento regionale per particolari patologie, anche attraverso dipartimenti funzionali.

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, opera per mantenere e sviluppare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità, sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere.

A tale scopo, le azioni della Direzione Strategica saranno tese a realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nelle persone che operano in Azienda e nel loro patrimonio professionale la risorsa sulla quale fondare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda nel suo complesso. Il modello prevede l'applicazione di protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate, avviando logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati, sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale. In tal senso vengono costantemente migliorati i sistemi informativi al fine di favorire l'approccio al cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie secondo la più concreta applicazione del principio della trasparenza. Anche i rapporti con le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Napoli, vengono aggiornati attraverso il rinnovo delle convenzioni, garantendo così non solo un supporto clinico-assistenziale, ma riproducendo quelle azioni di formazione e ricerca che sono alla base della crescita qualitativa dell'assistenza. Tutto quanto indicato dovrà avere il carattere fondante della accessibilità e della trasparenza, secondo le prescrizioni della normativa corrente in materia di trasparenza e l'Integrità.

L'Azienda dei Colli ha messo in campo le azioni necessarie a garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro, al fine di tutelare gli operatori e gli utenti che utilizzano le strutture dei tre ospedali.

Particolare attenzione viene focalizzata sulla riduzione dei rischi legati a fattori biologici, fisici, chimici e meccanici, in particolare per le aree interessate da alto rischio, quali l'Ospedale Cotugno, presso il quale sono allocati un laboratorio virologico classificato con livello di contenimento PCL3 ed i locali pressione negativa per malattie aerodiffusibili.

Nel 2022 si pone quale obiettivo strategico l'ulteriore elevazione del livello di *focus* sulla sicurezza degli ambienti di lavoro, introducendo la prospettiva relativa.

La tematica inerente al *risk management* trova nel 2022 un maggior spazio specifico, a garanzia degli operatori e dei pazienti che si affidano alle strutture.

2.1.4 Valori e Qualità

L'attività dell'Azienda si identifica nei seguenti valori:

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

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

- i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
- il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
- le Istituzioni tra cui le principali: Il Ministero della Salute, La Regione Campania;
- Università degli Studi
- i Fornitori;
- le Associazioni di volontariato e di tutela dei pazienti

2.1.5 Cambiamento nell'assetto assistenziale generale dell'Azienda

Non si può non prendere atto che la *mission* globale dell'Azienda sta rapidamente mutando, nel passare da elevatissima specialità cardio polmonare, ad un livello maggiormente generalista.

I piani sanitari regionali, d'altro canto, stanno man mano riducendo le chirurgie e le cardiologie presenti all'Azienda dei Colli, virando progressivamente l'offerta di ricovero verso posti letto di medicina. A conferma di tale "*mutazione genetica*" aziendale risaltano le problematiche organizzative legate ai nuovi "percorsi dei trapianti cardiaci", gli spazi assegnati alla valutazione della presa in carico dei pazienti affetti da complicazioni cardio-respiratorie dei malati di SLA (progetto NEMO) ed anche il percorso delle Malattie Rare. Ne deriva la maggior integrazione con le reti di emergenza-urgenza con il territorio (rete IMA, rete Oncologica, rete delle Malattie Rare, progetto NEMO, Pronto Soccorso). La rimodulazione dell'intero regime ospedaliero di assistenza e cura è già in atto e verrà potenziato negli anni a venire, inevitabilmente abbassando la elevatissima qualità media precedentemente consentita dall'essere l'Azienda, originariamente riferimento di secondo livello e non di primo. La sfida per i vertici aziendali, ma anche per tutti gli operatori che a qualsiasi titolo prestano la propria opera nei tre ospedali dell'Azienda è esattamente quella di comprendere il mutamento, interiorizzarlo e renderlo possibile senza scosse per i cittadini che ad ogni titolo si rivolgono alle nostre strutture, cogliendo anzi il cambiamento come una opportunità di migliorare quanto era già buono e di integrare quanto di nuovo viene richiesto.

La situazione anzi delineata è necessariamente stata stravolta per gli anni 2020 e 2021 dalla pandemia legata al virus SARS-COVID19, che vede l'Azienda dei Colli in prima linea in tutte le attività di contrasto all'epidemia, compreso l'apertura sin dal dicembre 2020 di un centro vaccinale per i dipendenti dell'Azienda stessa, dell'IRCCS Giovanni Pascale e per i pazienti fragili.

Per quanto non integralmente riportato nella sezione Valore Pubblico, si rinvia al Piano della Performance approvato con Deliberazione n. 86/2022.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Presentazione del Piano e della Direttiva Annuale del Direttore Generale

Il presente documento è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b), del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, del Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i.

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

1. è un documento programmatico triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
2. è aggiornato alle risultanze dell'atto Aziendale (modificato con deliberazione n. 197 del 31/10/2018) da parte della Regione Campania (avvenuto con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dei disavanzi sanitari, n.15 del 3/3/2017) ed al conferimento degli incarichi delle strutture aziendali, oltre che alle modificazioni introdotte con le deliberazioni 921 del 18/11/2020, n. 926 del 19/11/2020 e la n.290 del 31/03/2021, al momento sospesa. Tanto per consentire la corretta declinazione delle responsabilità dirigenziali legate al budget 2022.
3. è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio; a tale riguardo il documento è in linea con quanto indicato nel bilancio di previsione aziendale per l'anno 2022, approvato con la deliberazione n.1111 del 23/12/2021 e coerente con gli obiettivi economici previsti dal Piano di efficientamento redatto in conformità del Decreto Commissariale n. 102 del 30.09.2016
4. individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi; questi sono previsti in conformità con quanto riferito nei due punti precedenti.
5. 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 delle *Performance* **costituisce e comprende la Direttiva Annuale del Direttore Generale** – o Piano Annuale delle Attività – per l'anno **2022** di cui ai Decreti del Commissario ad Acta della Regione Campania per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011 e s.m.i.

La Direttiva annuale è lo strumento per la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, come contenuto necessario del presente documento di programmazione strategico-gestionale e del PTPCT, ai sensi dell'art.1, comma 8 della L. 190/2012.

In particolare la Direzione Strategica, con nota prot. AOC/0002175/2022 del 19/01/2022, ha formulato gli indirizzi strategici per l'elaborazione del PTPCT 2022/2024, al fine di assicurare maggiori livelli di trasparenza all'interno dell'organizzazione mediante un approccio sostenibile in termini organizzativi ed economici, anche tenendo conto dell'impatto che la gestione della Pandemia ha avuto dal 2020, ed avrà ancora nel 2022.

Il presente documento viene rilasciato nel mese di gennaio 2022 e necessariamente deve tener conto del perdurare della pandemia legata al virus SARS-COVID19, considerando che con DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021, n. 221 "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", Pubblicato in GU n.305 del 24-12-2021, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e' ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022.

La redazione del presente piano ha quindi tenuto conto di quanto premesso ed è strutturata in modo da comprendere e verificare le reali possibilità di azione compatibilmente con le limitazioni imposte dalla contingente situazione sanitaria regionale e mondiale nel corrente anno 2022.

Il Piano triennale contiene il cronoprogramma, vincolante almeno per l'esercizio corrente, in relazione al quale verrà poi redatta, presumibilmente entro il 30 maggio dell'anno successivo all'esercizio finanziario, la Relazione sulla *performance*.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*. In esso, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target*. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

In tal senso l'attuale Piano delle Performance costituisce la **Direttiva annuale del Direttore Generale per l'anno 2022** - di cui all'art. 14 del Decreto legislativo 30 marzo 2011, n. 165 e di cui ai Decreti del Commissario ad Acta della Regione Campania per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 14 del 30 novembre 2009 e n. 60 del 4 agosto 2011.

2.2.2 Obiettivi assegnati al Direttore Generale

Tutte le azioni messe in campo dall'Azienda devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi posti in capo al Direttore Generale, declinandoli secondo le competenze di ciascuno degli attori che agiscono nel processo.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, così come definiti dalla D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, sono i seguenti:

- a) gli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi;
- b) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- c) la predisposizione e l'attuazione del nuovo atto aziendale, in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale;
- d) l'adozione e l'attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018);
- e) la prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità;
- f) il rispetto dei tempi di pagamento.

Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Azienda Sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza del Direttore Generale.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere c), d) ed e) costituisce, invece, grave inadempimento, sanzionabile ai sensi del comma 7, dell'art. 18, della legge regionale 4 novembre 1994, n. 32 e s.m.i.

La D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, inoltre assegna al Direttore Generale anche i seguenti obiettivi specifici di natura preliminare:

- a) erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta **Griglia LEA**);
- b) - punto E degli Adempimenti LEA), riportati nell'allegato A) alla D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019 e dei nuovi obiettivi fissati dal "Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza" a far data dalla loro adozione;
- c) rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie;
- d) continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;

La D.G.R.C. n. 365 del 06.08.2019, inoltre assegna al Direttore Generale gli ulteriori obiettivi tematici di cui all'allegato B) della citata D.G.R.C., che ne forma parte integrante e sostanziale e precisa che il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di natura preliminare costituisce elemento di valutazione ai fini del giudizio di confermabilità nell'incarico, ai sensi comma 6, dell'art. 3 bis, D.L.vo del 30/12/92 n. 502 e s.m.i.

2.2.3 Caratteristiche degli Obiettivi aziendali

Gli obiettivi esplicitati nel Piano devono essere:

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

Il Piano deve costituire una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda e rappresenta, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i

comportamenti sia del personale dirigente che quello di comparto. Costituisce, inoltre, la linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

La revisione iterativa dell'intero procedimento, da attuarsi nei tre anni di vigenza del presente documento, è alla base dell'ipotesi di miglioramento continuo indispensabile per la compiuta attuazione degli obiettivi di crescita dell'Azienda Ospedaliera dei Colli e sarà oggetto di ulteriori modifiche ed integrazioni man mano che gli scenari operativi verranno a delinearli con maggiore precisione, intervenendo sulle aree di criticità che si presenteranno.

In particolare, il presente documento tiene conto degli obiettivi strategici in merito al PTPCT 2022-2024 delineati dal Direttore Generale con il documento di cui al protocollo AOC/0002175/2022 del 19/01/2022 e precisamente:

- 1. Adeguamento della normativa di cui alla L-113/2021 “*misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A....*” e relativi provvedimenti attuativi;**
- 2. Implementazione ulteriore dei percorsi formativi in materia di trasparenza ed anticorruzione, al fine di innalzare il livello di consapevolezza della Dirigenza e degli operatori;**
- 3. Potenziamento dei processi di informatizzazione dei flussi informativi per alimentare la sottosezione “Amministrazione Trasparente”;**
- 4. Innalzamento dei livelli di legalità nell'area “Contratti Pubblici”, attraverso la definizione di Protocollo di Vigilanza Collaborativa, anche al fine dell'attivazione di protocolli di legalità per l'area contratti pubblici (art. 1 comma 17 L. 190/2012).**

La *ratio* degli obiettivi posti in essere per l'anno 2022, è pertanto rafforzare ulteriormente la rete di responsabilità incrociate, così come già previsto nelle annualità trascorse, ed in modo da coinvolgere nel medesimo progetto globale tutte le U.O. che presidiano differenti sottoprocessi dei processi aziendali strategici.

Nei due anni successivi del triennio, verranno progressivamente resi più stringenti gli obiettivi aziendali ed individuali, secondo la progressione verso il miglioramento continuo prevista nel D.lgs. N.150/2009, nel Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 e s.m.i..

Gli obiettivi andranno coniugati, oltre che con il nuovo assetto aziendale, anche con il piano di efficientamento e riqualificazione previsti dalla legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) che individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 la condizione prevista di uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico a). In tal senso la Regione Campania ha emanato il DCA n. 102/2016, con il quale ha individuato le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Al fine di migliorare la certificabilità dei bilanci, inoltre, dal febbraio 2019 è stato avviato al *go-live* il sistema informativo unico regionale SIAC (Sistema Informativo Contabile Amministrativo), di cui all'art. 79, comma *sexies* lettera c) della legge 133/2008 e dell'art. 2, comma 70, legge 191/2009.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli è stata costituita il 01/01/2011 dalla fusione di tre realtà importanti nella sanità pubblica campana, quali l'A.O. Monaldi, L'A.O. Cotugno e l'ex presidio ospedaliero C.T.O. e il presente documento costituisce l'evoluzione delle precedenti direttive triennali. Senza rappresentare discontinuità nella strategia messa in atto nelle annualità precedenti, tuttavia è evidente la necessità di adeguamenti rispetto al trascorso triennio, principalmente in termini di connessione tra le negoziazioni budgetarie, la normativa in materia di trasparenza, *performance*, l'Integrità e la *Privacy*, sicurezza sul lavoro, *risk management* e, principalmente, ulteriore miglioramento della qualità intrinseca dell'offerta sanitaria all'utenza.

Il punto cardine del presente documento è determinato da questo ultimo aspetto, attorno al quale si articolano i precedenti.

La realtà dei risultati conseguiti nel precedente triennio, unitamente alla selezione e la condivisione degli obiettivi di *budget* nel periodo trascorso, non hanno rappresentato un mero adempimento burocratico, ma piuttosto il reale collante che ha permesso di coagulare attorno ad una idea forte di unitarietà e di senso di appartenenza tre realtà precedentemente distinte ed apparentemente impermeabili l'una all'altra.

L'individuazione di metodi codificati ed obbligatori per creare comunicazione tra le strutture ed all'interno delle stesse ha permesso di veicolare le nuove idee di standardizzazione e di cultura per processi che consentono di realizzare la teoria della *good practice* in realtà.

È opportuno rimarcare che, sebbene la novazione dell'organizzazione aziendale debba necessariamente essere modificata nel tempo con i successivi Atti Aziendali, tuttavia tale pratica rende spesso meno comparabili i dati relativi a costi e ricavi delle strutture interne, in particolare quando ad essere modificata è la struttura stessa dei dipartimenti, con la migrazione di Unità Operative da un dipartimento all'altro. Per ovviare, almeno parzialmente a tale contingenza, l'Azienda ha da tempo intrapreso un progetto progressivo che utilizzi il paradigma ABC (*Activity Based Costing*) che riduca il *bias* indotto da tali modificazioni. Tale metodologia è stata trasfusa nella negoziazione di budget, verrà realizzata tenendo conto non solo dei costi diretti, ma anche della valorizzazione delle attività, comprendendo non solo quelle relative ai ricoveri, ma anche ambulatoriali e per le prestazioni intermedie, richieste dalle UO di cura (come costo) alle UO diagnostiche ed erogate (come ricavo) da queste ultime.

La gestione aziendale in corso di esercizio è tutt'ora fortemente condizionata dall'emergenza pandemica da Covid-19, in atto dal mese di marzo 2020. L'Azienda, come di consueto in occasione di pandemie, è stata identificata quale Centro di Riferimento per la gestione delle emergenze legate alla gestione dei casi sospetti o conclamati di COVID-19, dedicando l'intero Ospedale Cotugno alla cura del COVID-19, oltre a numerosi reparti dell'Ospedale Monaldi.

Tanto premesso, nel 2021 al personale afferente al comparto, sia sanitario che dei restanti ruoli, sono stati assegnati progetti concordati in sede di negoziazione con la RSU (Rappresentanza Sindacale Unitaria) così come da verbale del 16/03/2021 prot. AOC/0011637/2021 del 19/04/2021, sottoposti al vaglio dell'Organismo Indipendente di Valutazione ed approvati dallo stesso Organismo. Ciascun progetto tiene comunque conto di obiettivi coerenti con l'andamento attuale della emergenza sanitaria.

Si è quindi pervenuti ad una rivisitazione delle progettualità finanziate con i fondi contrattuali ed alla predisposizione di cinque macro progetti, redatti secondo criteri che garantiscono la tracciabilità degli stessi e che prevedono l'inserimento di tutto il personale del comparto impegnato nei tre presidi aziendali. Il medesimo percorso è in corso di formalizzazione per il corrente anno 2022 ed a breve verrà adottata analoga deliberazione di formalizzazione dei progetti in parola, con indicazione dei partecipanti.

Nell'ambito di ciascun progetto, va garantito il pari trattamento economico del personale e la determinazione di specifici obiettivi con relativi criteri di misurazione e valutazione. In base a quanto concordato tra la Direzione Strategica e le OO.SS. ciascun progetto è caratterizzato da un proponente, da un valutatore, dall'elenco del personale afferente comprensivo di matricola, dalla declaratoria dell'obiettivo e delle azioni da sottoporre a verifica. I progetti verranno comunque articolati per Unità Operativa, comprendendo quindi per transitività i dipendenti ad essa assegnati. I citati progetti saranno corrisposti mensilmente con una quota di acconto. Semestralmente verrà effettuata la verifica da parte del responsabile di ciascun progetto e se positiva, darà luogo alla corresponsione del saldo semestrale. I progetti hanno durata annuale e vanno confermati o rivalutati alla scadenza.

Per completare il percorso di trasparenza, tracciabilità ed equità, nel caso in cui un dipendente venisse trasferito da una Unità Operativa ad un'altra, lo stesso dipendente resterà nel progetto di partenza se la nuova UO afferisce allo stesso, mentre parteciperà al progetto previsto per la nuova UO di destinazione se differente.

I progetti per l'anno 2022 sono i seguenti, in prosecuzione di quanto realizzato nel 2021 ed in considerazione della rinnovata recrudescenza della pandemia:

- 1) Umanizzazione COVID -19, che coinvolge tutte le strutture presenti nell'Ospedale Cotugno e Monaldi impegnati in ambito COVID e proposto dal Direttore della UOC URP
- 2) Umanizzazione e Comfort alberghiero Ospedali Monaldi (escluso le unità COVID) e CTO, che coinvolge tutte le UO presenti nei due plessi e proposto dal Direttore della UOC URP
- 3) Supporto COVID Area Laboratori, afferente all'area delle diagnostiche e della UOC Medicina trasfusionale, proposto dal Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari
- 4) Supporto COVID, afferente alle UO amministrative tecniche e proposto dal Direttore Amministrativo
- 5) Medicina del Lavoro e Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa per l'anno 2021, proposto dal Direttore Sanitario Aziendale

In considerazione della attuale situazione di perdurante pandemia, anche per il corrente anno 2022 verrà predisposta una singola scheda per ciascuna Unità Operativa, che verrà sottoscritta da ciascun dipendente interessato dalle progettualità.

2.2.4 Analisi del contesto interno

2.2.4. A) L'amministrazione

L'ultimo anno di riferimento è il 2020, in quanto all'atto della redazione del presente documento, il bilancio 2021 non risulta essere deliberato. Tanto premesso, i dati che seguono sono desunti dalla Deliberazione n° 1068 del 10/12/2021 con cui è stato adottato il bilancio consuntivo di esercizio 2020.

Anni di vita : 12 (costituzione il 01/01/2011)

Ospedali : 3 (Monaldi, Cotugno, C.T.O.)

La situazione economica, secondo i valori desunti dagli ultimi consuntivi approvati, è la seguente:

Le attività di gestione sono state oggetto di revisione attraverso la rilettura dei fenomeni intercorsi (in particolare correlati alla perdurante pandemia da COVID-19), avendo però come riferimento principale ed inderogabile il principio di rispettare l'obbligo di garantire l'equilibri tra costi e ricavi aziendali (obiettivo contrattualmente previsto per le Direzioni Aziendali e ribaditi durante le verifiche trimestrali, al fine di consentire la fuoriuscita dal Commissariamento).

Per effetto della pandemia, l'Azienda ha dovuto sospendere per lunghi periodi la quasi totalità delle attività di ricovero programmato e di specialistica ambulatoriale (ad eccezione ad esempio delle prestazioni di tipo oncologico e con carattere di urgenza) e attuare un processo di riorganizzazione delle attività assistenziali con attivazione di posti letto dedicati esclusivamente a pazienti Covid-19, accorpamento o variazione della mission di strutture già esistenti e modifica di molteplici asset assistenziali.

È opportuno, per le motivazioni indicate, considerare l'annualità 2020 come del tutto eccezionale e valutare correttamente l'impatto della pandemia sull'intera organizzazione sanitaria ed amministrativa aziendale, anche ricordando che alcuni mesi del 2020 è intervenuto il blocco delle attività quale misura regionale per limitare il contagio. L'azione gestionale nel periodo indicato si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- programmazione e progressiva attuazione della struttura organizzativa secondo la programmazione regionale recepita nel nuovo atto aziendale di cui in premessa;
- mantenimento dell'offerta di prestazioni ad elevato contenuto specialistico in regime ordinario per le quali l'Azienda è connotata come struttura di III livello;
- mantenimento dei volumi di prestazioni di ricovero diurno erogate attraverso il migliore utilizzo possibile delle dotazioni strutturali dell'Azienda confermando il ruolo di riferimento per l'utenza acquisita dai plessi aziendali;
- razionalizzazione del modello organizzativo, tenendo conto del processo di accorpamento
- delle strutture e delle dotazioni organiche atto a realizzare maggiori margini di efficacia ed efficienza;
- sul versante dell'appropriatezza clinica (è il caso di ricordare che il termine esprime la misura in cui un particolare intervento è sia efficace, sia indicato per la persona che lo riceve) confermare criteri di razionalità nell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, indicato dalla continua evoluzione della ricerca medica, nell'ottica di assicurare i più moderni ed efficaci trattamenti ai pazienti ricercando le formule di organizzazione assistenziale con i minori costi, massimizzando la *compliance* dei pazienti con la tendenza al trasferimento verso *setting* a minore intensità di risorse (dal regime ordinario al diurno, al *day service* al regime ambulatoriale);
- potenziamento delle azioni di governo clinico specificamente mirate (*risk management*, infezioni ospedaliere, audit medico, ecc.).

Dal punto di vista economico l'AO dei Colli per l'annualità 2020 registra un avanzo di circa € 19.554.

La spesa complessiva dell'anno 2020 di farmaci e dispositivi medici si è attestata a circa € 67.500.000, che in diminuzione di circa il 2% rispetto alla spesa per gli stessi prodotti dell'anno 2019, che si era attestata a circa € 69.000.000. Risulta prevalente il valore degli acquisti effettuati dalla centrale di acquisto/committenza regionale, la cui incidenza è 60%. La quota di acquisti delle gare aziendali è del 30%, rimanendo sostanzialmente residuale (10%) il

ricorso alle convenzioni CONSIP, solo per quota parte suture, stent periferici e da fine anno per trocar per chirurgia mini invasiva. Nel caso dei medicinali con AIC l'acquisto è praticamente tutto (circa il 96%) effettuato dalla Centrale di acquisto. Prevalgono, invece, gli acquisti diretti nel caso dei dispositivi medici, la quota è ormai quasi al 100% per le convenzioni SoReSa. Si rappresenta che non è possibile relazionare senza margine di errore sugli scostamenti rilevati e loro eventuali motivazioni, in quanto la difficoltà maggiore è legata ad una carenza nella procedura informatica in uso a poter effettuare estrazioni sui beni consumati ed acquistati per tipologia, conto economico, ATC/CND, ovvero tutti quei campi che permettono di valutare i beni gestiti per gruppi omogenei e confrontabili; inoltre nel passaggio gestione anagrafica regionale BDU, risulta evidente una errata imputazione dei conti ai prodotti. Gli acquisti effettuati hanno determinato l'emissione di circa 10.400 ordinativi per un totale di circa 12.400 ricevimenti di merce, sottolineando che ad ogni ricevimento merce è collegato il DDT di consegna e seguirà la fatturazione, ad esclusione degli ordini SoReSa.

Dunque gli atti di liquidazione hanno riguardato circa 10.000 fatture nei tempi medi di circa 30 giorni, attività di molto incrementata per la trasformazione delle aggiudicazioni SoReSa in convenzioni, di conseguenza con tutto il ciclo passivo in capo al punto ordinante. Inoltre la UOC Farmacia ha prodotto diversi capitoli tecnici speciali per la successiva indizione di confronti concorrenziali, tra questi si segnalano in particolare: dispositivi per emofiltrazione, Endoprotesi vascolari, dispositivi per monitoraggio in Anestesia e Rianimazione, dispositivi per chirurgia vascolare, farmaci esteri e farmaci non ricompresi nelle aggiudicazioni SoReSa, dispositivi per piattaforme elettrobisturi e materiale elettrico. L'erogazione ad utenti esterni di farmaci alla dimissione ha determinato circa 7.000 accessi, di cui 1.740 per farmaci di classe A, 2.720 per farmaci di classe H, infine 2.540 per farmaci di fascia A-pht per pazienti in dimissioni da ricovero e in visita ambulatoriale. Il laboratorio di galenica ha allestito nel corso dell'anno 2020 circa: n. 21.500 sacche personalizzate di terapie antitumorali, n. 70 preparazioni galeniche magistrali personalizzate, n. 56 sacche per nutrizione parenterale neonatale e n. 98 allestimenti personalizzati di Tocilizumab per pazienti COVID-19. A questa attività va aggiunta l'allestimento dei radiofarmaci presso la medicina nucleare con cadenza giornaliera. Nell'anno 2020 Sono stati richiesti rimborsi di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, a seguito della corretta applicazione da parte della UOC Farmacia del processo legato ai farmaci presenti nel registro AIFA e basati sul principio di "risksharing", "costsharing" e "payment by results"; in particolare sono state emesse note di credito pari a € 522.193/23. Si sottolinea che i Dirigenti Farmacisti effettuano sistematico controllo dell'appropriatezza clinica dei farmaci richiesti dalle UU.OO. con particolare attenzione agli usi off-label. Si evidenzia che sono stati trasmessi nei tempi i dati relativi ai flussi regionali e ministeriali sia dei Farmaci che dei Dispositivi Medici alla Regione Campania per il tramite di SoReSa, così come previsto dalla normativa vigente. Inoltre quest'anno **la Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Monaldi è stata individuata come centro di snodo unico regionale mediante la ricezione di farmaci e il loro smistamento.** L'approvvigionamento avviene mediante diverse modalità: autorizzazione unica regionale di importazione AIFA, acquisto centralizzato Regionale, donazioni AIFA e donazioni da enti pubblici e privati.

A mezzo mail con cadenza settimanale viene inviato elenco delle specialità disponibili alle Farmacie ospedaliere/territoriali e strutture private accreditate. Le Strutture pubbliche e private richiedono su tale elenco i farmaci in base alle loro esigenze e predispongono il ritiro presso HUB centralizzato. L'assegnazione avviene tenendo conto di quanto richiesto e dei dati dei pazienti ricoverati in reparto o terapia intensiva e dei pazienti assistiti a domicilio.

La Farmacia per conto della Regione Campania per farmaci emergenza COVID-19 ha gestito n. 88 specialità medicinali per n. 45 principi attivi, distribuendo i farmaci come da elenco seguente:

ENTE	Quantità
AO S. Giuseppe Moscati	40.177
AO S. Pio (ex Rummo)	26.110
AORN Cardarelli	107.038
AORN Colli	225.875
AORN S. Anna e S. Sebastiano	18.316
AORN Santobono-Pausilipon	5.328
AOU Federico II	44.916
AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi	26.200
AOU Vanvitelli	41.103
ASL Avellino	84.921
ASL Benevento	3.600
ASL Caserta	128.937
ASL Napoli 1 Centro	169.243
ASL Napoli 2 Nord	149.519
ASL Napoli 3 Sud	82.046
ASL Salerno	109.815
Casa di cura Maria Rosaria	360

Enti extra SSR	84.720
Fatebenefratelli Benevento	72
Fondazione Evangelica Betania	137
IRCCS Fondazione Pascale	18.264
Pineta Grande	366
Villa Dei Fiori Acerra	480
Totale complessivo	1.367.543

2.2.4. B) Dati di attività ed analisi delle performance clinico-assistenziali ed organizzative

Pronto Soccorso

L'Azienda Ospedaliera dei Colli ha riaperto il Pronto Soccorso presso il presidio del CTO da aprile 2018. Come previsto dal Decreto n. 103 del 28.12.2018 - Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015- il Pronto soccorso del CTO si pone come ospedale di base sede di Pronto Soccorso all'interno della Rete della Emergenza-Urgenza nella Macro-Area dell'ASL Napoli 1. L'Ospedale di base del CTO, sede di Pronto Soccorso, si riferisce ad un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, con un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e soddisfa un numero di accessi superiore a 20.000. È deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso è dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

L'anno 2018, a seguito dell'apertura del pronto soccorso (nel mese di aprile) e delle inevitabili ricadute sull'organizzazione clinico-assistenziale ha dovuto registrare un leggero generale abbassamento del peso medio legato alle attività di ricovero. L'Azienda si è quindi impegnata nella revisione dei percorsi precedentemente adottati, anche in funzione della necessità di garantire ulteriori turni h24 per la gestione dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso.

L'apertura del Pronto Soccorso ha richiesto un notevole sforzo organizzativo per approntare nuovi percorsi assistenziali ed appropriati piani di gestione delle emergenze intra ed extra ospedaliere, garantendo nel contempo la necessaria mobilità del personale per adeguamento alle necessità d'intervento e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (al fine di ridurre il rischio di *burn out* e riproporzionare i carichi di lavoro).

L'attivazione del PS è, inoltre, avvenuta in un contesto caratterizzato dalla mancanza, sul territorio, di poli alternativi a cui il cittadino possa rivolgersi, afferendo al centro di emergenza solo le problematiche che hanno effettivamente bisogno di essere trattate in Pronto Soccorso. La carenza di strutture territoriali che possano garantire offerte alternative a quelle ospedaliere ha contribuito, quindi, a determinare una condizione di severa congestione del sistema caratterizzata dalla frequente permanenza inappropriata in PS o OBI di pazienti in attesa di ricovero, con elevati bisogni assistenziali e in grado di assorbire notevoli risorse umane, logistiche ed organizzative, risorse che avrebbero dovuto essere più opportunamente dedicate all'assistenza di nuovi pazienti.

L'avvio delle attività di Pronto Soccorso ha inciso profondamente sulla disponibilità di sale operatorie e servizi diagnostici, determinando lo sviluppo di veri e propri colli di bottiglia lungo i percorsi assistenziali. Ne sono derivati una generale riduzione dell'attività di elezione a vantaggio di quella di emergenza ed un allungamento della degenza media dei ricoveri ordinari. Nei periodi di "*overcrowding*" del Pronto Soccorso, si è inoltre determinata la possibile occupazione inappropriata di posti letto per gli "appoggi" dei pazienti provenienti da PS ed OBI.

Il volume e la tipologia di domanda sanitaria giunta alla struttura ha determinato, infine, notevoli criticità nel raggiungimento di alcuni degli indicatori riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, assegnati come obiettivi di budget per l'anno 2022 e riportati nella griglia del Nuovo Sistema di Garanzia e negli allegati A) e B) della DGRC n. 365/2019. Basti pensare, in tal senso all'obiettivo relativo alla degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati, fortemente condizionato dal trasferimento di un elevato numero di pazienti presso le Unità Operative di cardiocirurgia dell'Ospedale Monaldi nell'ambito della rete dell'emergenza. Tali trasferimenti, infatti, hanno determinato il frequente slittamento degli interventi chirurgici programmati a causa dell'indisponibilità di sale operatorie e/o posti letto in Terapia Intensiva Post-Operatoria.

È indubbio che i livelli assistenziali erogati negli anni precedenti non sono facilmente raggiungibili se non dopo il tempo necessario alla riconfigurazione di detti percorsi ed ai tempi necessari per il reclutamento del personale ulteriore indispensabile per la copertura delle attività h24 su 365 giorni che si aggiungono a quanto precedentemente realizzato. Nel contempo, l'abbassamento del peso medio per i ricoveri effettuati a seguito di accessi al Pronto Soccorso e l'iniziale disorientamento organizzativo hanno comportato una diminuzione del valore delle attività complessive, cui si aggiungono i maggiori costi di impianto appunto del Pronto Soccorso stesso.

La nuova elaborazione dell'atto aziendale alla luce del nuovo DCA 33/2016 ha ridisegnato, fin dall'anno 2018, l'intero assetto organizzativo - funzionale dell'Azienda dei Colli attivando nuovi processi assistenziali, nonché i nuovi percorsi integrati ortopedico-riabilitativi, che costituiscono una unicità nella regione Campania, prevedendo per ogni paziente ortopedico operato il passaggio dal reparto di degenza chirurgico direttamente alla riabilitazione, evitando la dimissione intermedia. Le scelte effettuate sono state indirizzate, oltre che al principio di razionalità funzionale, anche ad obiettivi di recupero di efficienza economica in vista di rinnovati traguardi di performance economica aziendale che andranno a soddisfare i futuri criteri di finanziamento regionale che naturalmente dovranno tendere a formule di finanziamento basate invece sul valore reale della produzione (cd. pagamento a prestazioni). Il nuovo assetto può essere rappresentato come di seguito, enumerando le ripartizioni dipartimentali con le dotazioni di posti letto previste.

Attività trapiantologica

L'Azienda Ospedaliera dei Colli partecipa all'attività del Centro Regionale Trapianti, operando in sinergia con le indicazioni nazionali e regionali. Il potenziamento e le attività programmatiche, gestionali ed operative sono considerati obiettivi annuali per gli operatori impegnati, ai fini delle indennità di risultato.

A seguito del documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli affari regionali (DAR 001472 P-4.37.2.10 del 25-1-18) relativo all'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 24/01/2018, in cui si definiscono criteri e procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto comprese le attività di trapianto pediatrico, l'Azienda Ospedaliera dei Colli con Delibera n°56 del 17/03/2018, ha definito il percorso organizzativo dell'attività di trapianto cardiaco evidenziando l'attribuzione delle competenze per l'assistenza dei pazienti per fasce d'età.

Con Decreto n°86 del 02/11/2018, il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro ha approvato le modifiche dell'Atto aziendale (deliberazione n°197 de 31/10/18-All.2), che hanno riguardato in particolare la attivazione della UOSD "Assistenza meccanica al circolo e dei trapianti nei pazienti adolescenti".

Con Delibera n° 56 del 17/03/2018 l'Azienda dei Colli ha ritenuto necessario riorganizzare il percorso trapiantologico attraverso la revisione dell'intero programma e la definizione di una specifica autonomia del percorso pediatrico, rispetto a quello adulto. Con la deliberazione n. 414 del 21/05/2020, successivamente, l'Azienda ha adottato il documento "Requisiti organizzativi per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore (Sezione A - Sezione B dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - repertorio Atti n° 16/CRS del 24/01/2018)" e il documento "Il Programma Trapianto Cuore - Carta dei Servizi".

Con successiva deliberazione n. 641 del 04/08/2020 le procedure di cui alla citata deliberazione n. 414/2020 sono state aggiornate mediante l'adozione dei documenti "Rivisitazione dei requisiti organizzativi per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore (Sezione A - Sezione B dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - repertorio Atti n° 16/CRS del 24/01/2018)" e "Rivisitazione Programma Trapianto Cuore - Carta dei Servizi". □ con deliberazione n.634 del 15/07/2021, si è provveduto ad istituire il Centro Unico Trapianti di cuore dell'AORN dei Colli prevedendo un'organizzazione del modello per processi che supera la ripartizione delle attività trapiantologiche distinte per le tre fasce di età: 0 < età < 10 anni; 10 ≤ età < 18 anni; e età ≥ 18 anni.

Con la citata deliberazione n. 634 del 15/07/2021 l'Azienda ha disposto che:

- le Unità Operative aziendali con attività trapiantologica e di assistenza meccanica al circolo restano affidatarie e responsabili dell'attività clinico trapiantologica e di assistenza meccanica, ma per fasce di età non più esclusive;
- il modello adottato prevede un'organizzazione "a matrice" basata sulla gestione dei processi aziendali in cui sono rispettati i requisiti organizzativi e strutturali distinti per il programma trapianti adulto (età ≥18) e per programma trapianti pediatrico (età <18);

L'Azienda, con Determina n. 80 del 03.02.2021 ha provveduto ad affidare definitivamente i lavori per la realizzazione del Reparto Trapianti adulti che sarà realizzato al 4 Piano – Ala anteriore destra del Presidio Ospedaliero Monaldi.

Tale reparto si avvarrà di:

- 1 sala operatoria;
- 1 terapia intensiva;
- 1 terapia sub-intensiva;
- 1 Degenza chirurgica per la definitiva realizzazione dell'unico reparto Trapianti di Organi;

Tanto premesso, con la deliberazione del Direttore Generale n° 1081 del 15/12/2021 si è rilevata la necessità, in considerazione della frammentarietà degli atti prodotti, delle diverse visioni interpretative della documentazione in tema di organizzazione del programma trapianti cuore adulti e pediatrico, di provvedere all'aggiornamento/precisazione dei contenuti dell'Allegato A dell'Accordo Stato Regioni del 24/01/2018 – Sezione A (Percorsi assistenziali del trapianto) e Sezione B (Requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi) e Sezione F: Programmi di trapianto pediatrico/impianto MCS (età < 18 anni).

La medesima deliberazione ha quindi adottato il documento “Requisiti per lo svolgimento delle attività di trapianto di cuore”, disponendo che tale atto sostituisce ed integra ogni precedente atto/nota interna adottati in materia dall'Azienda dei Colli.

Il documento approvato con la deliberazione del Direttore Generale n° 1081 del 15/12/2021 consta delle seguenti sezioni:

- Sezione A - Percorso assistenziale del Trapianto cardiaco adulti/Assistenza meccanica al circolo (MCS) (≥18 anni);
- Sezione B - Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione o il rinnovo delle autorizzazioni delle strutture sanitarie come singole o come afferenti ad un programma regionale di trapianto;
- Sezione F – Programmi di trapianto pediatrico/impianto MCS (età < 18 anni).

SIAC (Sistema Informativo Amministrativo Contabile) e certificabilità dei bilanci

A seguito della decisione da parte della Regione Campania di realizzare il Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico regionale di cui al Decreto Dirigenziale n. 334 del 14/07/2014 pubblicato sul BURC n. 51 del 21 Luglio 2014, l'A.O. dei Colli ha dovuto sostituire il precedente Sistema Informativo Amministrativo, integrato in ottica ERP (*Enterprise Resource Planning*). Il SIAC ha costituito una forte discontinuità con il passato, in quanto sostituisce le regole definite in ambito aziendale con quelle definite a livello UNICO regionale.

Le anagrafi di base sono raccordate con quelle di tutte le altre Azienda Sanitarie pubbliche della Campania, ma, soprattutto, l'intera impalcatura procedurale è fortemente scossa dall'innovazione.

Tale cambiamento ha costretto l'A.O. dei Colli a modificare fortemente l'organizzazione interna, dovendo riprogettare, ove possibile, le significative sinergie tra i processi sviluppate nell'ambito della precedente piattaforma informatica.

Gli effetti del cambio di sistema informativo hanno necessariamente avuto impatto anche sulle capacità di certificabilità dei bilanci, sempre per la incompleta integrazione tra tutte le aree precedentemente informatizzate ed il SIAC stesso (la procedura informatizzata di gestione economica e giuridica del personale, ad esempio, al momento è esclusa dalla piattaforma regionale SIAC).

2.2.5 I risultati raggiunti

L'annualità 2021 è stata palesemente e documentatamente condizionata in maniera drastica dalla gestione dell'emergenza pandemica. Durante l'anno si è verificato il blocco dei ricoveri, delle attività ambulatoriali e, in alcuni periodi, è stato inibito l'accesso alle strutture ospedaliere a quanti non erano ammalati di COVID o affetti da patologie tempo dipendenti o comunque urgenti.

Si rappresenta, come già indicato in precedenza, che l’Azienda dei Colli è stata individuata quale riferimento regionale per il contrasto alla pandemia, dedicando l’intero Ospedale Cotugno alla cura del COVID, oltre a numerosi reparti dell’Ospedale Monaldi

È opportuno, per le motivazioni indicate, considerare l’annualità 2021 ancora anomala e valutare correttamente l’impatto della pandemia sull’intera organizzazione sanitaria ed amministrativa aziendale, anche ricordando che per alcuni mesi del 2021 è intervenuto il blocco delle attività quale misura regionale per limitare il contagio.

L’azione gestionale nel periodo indicato si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- rendere pienamente operativo il Pronto soccorso allocato presso l’Ospedale CTO;
- migliorare l’appropriatezza clinica, migliorando il rapporto tra ricoveri in regime ordinario, diurno ed attività ambulatoriale;
- trasformazione progressiva da Regime di ricovero diurno verso quello ambulatoriale in Day service/PACC;
- transizione dal precedente sistema informativo alla piattaforma comune per le aziende sanitarie pubbliche della Regione Campania SIAC;
- progressiva eliminazione dei contraccolpi organizzativi legati alla migrazione tra i sistemi informativi;
- mantenimento dell’offerta di prestazioni ad elevato contenuto specialistico in regime ordinario per le quali l’Azienda è connotata come struttura di III livello;
- razionalizzazione del modello organizzativo, che tenesse conto del processo di modificazione delle strutture e delle dotazioni organiche atto a realizzare maggiori margini di efficacia ed efficienza;
- sul versante dell’appropriatezza clinica (è il caso di ricordare che il termine esprime la misura in cui un particolare intervento è sia efficace, sia indicato per la persona che lo riceve) confermare criteri di razionalità nell’utilizzo di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, indicato dalla continua evoluzione della ricerca medica, nell’ottica di assicurare i più moderni ed efficaci trattamenti ai pazienti ricercando le formule di organizzazione assistenziale con i minori costi, massimizzando la compliance dei pazienti con la tendenza al trasferimento verso setting a minore intensità di risorse (dal regime ordinario al diurno, al day service al regime ambulatoriale);
- potenziamento delle azioni di governo clinico specificamente mirate (risk management, infezioni ospedaliere, audit medico, ecc.).

Tenuto conto di quanto sopra evidenziato, in particolare al precedente paragrafo 9, con il corrente esercizio ha avuto inizio, e sarà portata avanti negli anni, un’attività di razionalizzazione dell’utilizzo degli istituti che gravano sui fondi contrattuali finalizzato al ripristino di una gestione efficace, efficiente ed economica delle risorse umane.

All’atto della redazione del presente documento non sono disponibili i dati sanitari consuntivi relativi all’anno 2021, motivo per il quale si riportano i dati per l’esercizio 2020. Tale condizione è fisiologica, in quanto i dati definitivi consuntivi per ciascuna annualità sono formati nel mese di febbraio dell’anno successivo a quello di riferimento.

Si specifica che, relativamente all’attività di ricovero ordinario, i dati sono stati calcolati considerando tutti i pazienti transitati nelle Unità Operative interessate sulla base delle SDO pervenute entro il termine fissato per la trasmissione delle schede sulla piattaforma regionale di ricezione “Sinfonia”. Sono stati esclusi dal calcolo:

- i ricoveri per i quali la SDO è stata compilata oltre il suddetto termine regionale;
- i ricoveri “oltre soglia” eventualmente segnalati dai Direttori/Responsabili di Unità Operativa.

I posti letto corrispondono alla media dei posti letto attivi durante il periodo di riferimento, dichiarati con flusso HSP22 bis.

Numero dimessi	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime ordinario	20.066	15.324	-24%
N. dimessi in regime diurno (DH+DS)	17.704	11.175	-37%
Totale	37.770	26.499	-30%

Il numero complessivo di dimessi si è ridotto del 30% (37.770 del 2019 vs 26.499 del 2020), con conseguente riduzione del 17% del rimborso ottenuto per i DRG prodotti. Tale decremento risulta correlato all’emergenza pandemica da

Covid-19, in atto dal mese di marzo 2020, per effetto della quale l'Azienda è stata necessitata a sospendere per lunghi periodi la quasi totalità delle attività di ricovero programmato e attuare un processo di riorganizzazione delle attività assistenziali con attivazione di posti letto dedicati esclusivamente a pazienti Covid-19, accorpamento o variazione della *mission* di strutture già esistenti e modifica di molteplici *asset* assistenziali.

Più nel dettaglio, in merito ai ricoveri ordinari, il numero di dimessi ordinari chirurgici si è ridotto del 25% (9.456 nel 2019 vs 7.080 nel 2020), con concomitante riduzione della percentuale di dimessi ordinari chirurgici sul totale dei dimessi ordinari (47,12% nel 2019 vs 46,2% nel 2020).

Numero dimessi in regime ordinario	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime ordinario chirurgici	9.456	7.080	-25%
N. dimessi in regime ordinario medici	10.610	8.244	-22%
Totale	20.066	15.324	-24%

A fronte della riduzione del numero di dimessi, è stato registrato un incremento di oltre il 10% del peso medio dei ricoveri ordinari nel biennio 2019-2020 (1,61 nel 2019 vs 1,78 nel 2020).

In merito ai **ricoveri diurni (DH+DS)**, il numero di casi è diminuito del 37% (17.704 nel 2019 vs 11.175 nel 2020) per effetto della sospensione delle attività di ricovero di tipo programmato attuata nel corso del 2020 per effetto della diffusione dell'infezione da SARS-Cov-2.

Numero dimessi in regime DH	2019	2020	Scostamento %
N. dimessi in regime diurno chirurgici	2.790	1.137	-59%
N. dimessi in regime diurno medici	14.914	10.038	-33%
Totale	17.704	11.175	-37%

Analizzando i dati relativi ai rimborsi per DRG in regime di DH, DS e RO, si evince una riduzione tra il 2019 e il 2020 del rimborso per le attività in regime di ricovero ordinario di circa € 15,2 Mln ed una riduzione del rimborso per le attività in regime di ricovero diurno di circa € 7 Mln.

Nello specifico, si evince uno scostamento percentuale tra l'annualità 2019 e il 2020 pari al-17% del rimborso ottenuto per i DRG prodotti.

Tipologia Ricovero	Rimborsi 2019	Rimborsi 2020	Delta Rimborsi 2019 vs 2020	Delta %
RO	113.665.248,00	98.424.900,18	-15.240.347,82	-13%
DH	15.902.784,00	11.503.790,14	-4.398.993,86	-28%
DS	4.554.850,00	1.790.671,60	-2.764.178,40	-61%
Totale	134.122.882,00	111.719.361,92	-22.403.520,08	-17%

Indice di utilizzo dei posti letto

Indici di utilizzo dei posti letto	2019	2020	Scostamento %
Indice di occupazione posti letto ordinari	89,3%	75,2%	-16%
Indice di rotazione	36	27	-25%
Indice di turn-over	1,09	3,40	212%

Relativamente agli indici di utilizzo dei posti letto ordinari, si è osservato quanto segue:

- la degenza media dei ricoveri ordinari è aumentata del 13,1% (9,09 nel 2019 vs 10,28 nel 2020) per effetto dell' elevato numero di pazienti con Covid-19 ricoverati presso le Unità Operative dell'Ospedale Cotugno, aventi una degenza media di circa 18 giorni;
- l'indice di occupazione si è ridotto del 16% (89,3% nel 2019 vs 75,2%) a causa della temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato e della necessità di isolamento dei pazienti con infezione da SARS-Cov-2, fattori che hanno comportato l'impossibilità ad utilizzare quota parte dei posti letto ordinari a disposizione dei reparti di degenza;
- l'indice di turn over è aumentato del 212% (1,09 nel 2019 vs 3,40);
- l'indice di rotazione si è ridotto del 25% (36 nel 2019 vs 27 nel 2020) per effetto dell'aumento della degenza media dei ricoveri ordinari e dell'incremento dell'indice di turn over.
- l'indice di *turnover* è aumentato del 212% (1,1 nel 2019 vs 3,4 nel 2020).

Di seguito si riporta il dettaglio degli indici di utilizzo dei posti letto per singolo Dipartimento:

Dipartimento	Posti letto ordinari	Indice di occupazione	Indice di rotazione	Indice di turn over
Pneumologia e oncologia	71	69,40%	29	3,8
Medico e cardiologico	80	71,45%	56	1,9
Cardiochirurgia e dei trapianti	50	102,35%	35	-0,2
Chirurgia generale e specialistica	76	78,63%	62	1,3
Orto-neurologico e CTZ	70	81,57%	45	1,5
Area critica	114	61,68%	31	4,6
Mal. infettive ed urgenze infettivologiche	113	75,92%	23	3,8
Totale	574	75,2%	27	3,40

Dai dati riportati in tabella, si evince che l'indice di occupazione dei posti letto ordinari è inferiore all'80% per la maggior parte dei Dipartimenti Aziendali a causa della temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato e della necessità di isolamento dei pazienti affetti da Covid-19, fattori che hanno comportato l'impossibilità ad utilizzare quota parte dei posti letto ordinari a disposizione dei reparti.

Considerato l'impatto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sulle attività di ricovero aziendali, si riporta di seguito il dettaglio dei ricoveri ordinari effettuati per pazienti Covid presso le singole Unità Operative aziendali nell'anno 2020.

DIMESSI CON DIAGNOSI PRINCIPALE O SECONDARIA DI COVID-19 (078.89) - ANNO 2020								
Codice	Descrizione	Dimessi	Giornate di degenza	Degenza a media	Peso medio	Rimborso medio caso	Rimborso totale	% DRG con CC
0713	UOSD Ass. mecc. al circolo e dei pz adolescenti	1	19	19,00	1,18	€ 3.910,00	€ 3.910,00	100,00

0811	UOC Cardiologia e UTIC	2	65	32,50	3,17	€ 14.276,00	€ 28.552,00	0,00
0812	UOC Cardiologia e UTIC (Vanvitelli-Monaldi)	4	31	7,75	2,34	€ 8.801,00	€ 35.204,00	100,00
0911	UOC Chirurgia Generale (Monaldi)	2	67	33,50	2,18	€ 8.821,00	€ 17.642,00	100,00
0931	UOSD Chirurgia Generale (CTO)	1	19	19,00	1,76	€ 5.744,00	€ 5.744,00	100,00
1411	UOC Chirurgia Vascolare	1	3	3,00	1,06	€ 3.283,00	€ 3.283,00	100,00
2421	UOC Malattie infettive ad indirizzo neurologico	150	2.605	17,37	1,50	€ 5.071,49	€ 760.724,00	63,50
2423	UOC Inf. sistemiche e dell'immunodepresso	120	2.240	18,67	1,67	€ 5.500,66	€ 660.079,00	87,83
2424	UOC Immunodef. e mal. infettive di genere	74	1.259	17,01	1,68	€ 5.408,28	€ 400.213,00	92,86
2426	UOC Malattie infettive ad indirizzo epatico	130	2.372	18,25	1,21	€ 3.985,59	€ 518.127,00	88,76
2427	UOC Malattie infettive dell'età geriatrica	123	1.848	15,02	1,67	€ 5.456,67	€ 671.171,00	87,39
2428	UOC Immunodef. e malattie dell'emigrazione	104	1.830	17,60	1,49	€ 4.926,88	€ 512.396,00	60,22
2429	UOC Malattie infettive a ind. eointerventistico	75	1.254	16,72	1,49	€ 4.950,72	€ 371.304,00	45,33
2481	UOC Malattie inf. ad indirizzo respiratorio	79	1.613	20,42	1,60	€ 5.337,90	€ 421.694,00	78,95
2482	III Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	17	334	19,65	1,65	€ 5.881,65	€ 99.988,00	14,29
2611	UOC Med. ind. cardiovascolare e dismetabolico	5	192	38,40	2,10	€ 7.829,80	€ 39.149,00	100,00
2615	UOC Medicina infettivologica e dei Trapianti	6	217	36,17	1,73	€ 6.535,50	€ 39.213,00	100,00
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	1	1	1,00	0,42	€ 191,00	€ 191,00	0,00
4912	UOSD Rianimazione ed ECMO	20	187	9,35	3,65	€ 13.522,45	€ 270.449,00	0,00
4915	Terapia Intensiva COVID-19 (Monaldi)	73	880	12,05	3,62	€ 13.455,57	€ 982.257,00	0,00
4921	UOC Anestesia, Rianimazione e T.I. (Cotugno)	65	1.126	17,32	3,91	€ 14.648,18	€ 952.132,00	100,00
4922	Terapia Intensiva COVID-19 (Corpo G Cotugno)	48	705	14,69	4,33	€ 16.775,94	€ 805.245,00	0,00
4931	UOC Anestesia, Rianimazione e T.I. (CTO)	1	68	68,00	2,03	€ 18.267,00	€ 18.267,00	0,00
5011	UTIC	2	89	44,50	1,76	€ 6.632,00	€ 13.264,00	100,00
6411	UOC Oncologia	1	49	49,00	1,76	€ 7.076,00	€ 7.076,00	100,00
6811	UOC UTSIR	37	575	15,54	1,82	€ 5.973,76	€ 221.029,00	100,00
6816	UOC Clinica Pneumologica (Vanvitelli-Monaldi)	42	914	21,76	1,72	€ 5.722,90	€ 240.362,00	97,56
6817	UOSD Mal. Respiratorie (Federico II-Monaldi)	26	389	14,96	1,71	€ 5.575,92	€ 144.974,00	92,00
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	16	305	19,06	1,73	€ 5.589,50	€ 89.432,00	93,75
6891	UOC Fisiopatologia e Riabilit. Respiratoria	21	380	18,10	2,19	€ 7.690,24	€ 161.495,00	100,00
9421	I Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	236	5.328	22,58	1,81	€ 6.289,97	€ 1.484.432	93,61

6895	II Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	3	86	28,67	1,40	€ 4.596,00	€ 13.788,00	100,00
9721	UOSD Gestione pz infettivo in stato detentivo	3	13	4,33	1,23	€ 3.462,33	€ 10.387,00	50,00
Total e		1.489	27.063	18,18	1,9346	€ 6.718,05	10.003.173	81,53

RICOVERI COVID PER ETA' E MODALITA' DI DIMISSIONE				
Fascia di età	Dimessi a domicilio	Trasferiti	Deceduti	Totale
0-29	41	3	1	45
30-49	224	9	13	246
50-59	316	9	43	368
60-69	288	25	76	389
70-79	173	9	135	317
80-89	45	4	64	113
≥ 90	4	1	6	11
Totale	1.091	60	338	1.489

RICOVERI COVID PER ETA' E PROVINCIA DI RESIDENZA							
Fascia di età	NA	CE	SA	AV	BN	Extra-Regione	Totale
0-29	35	6	2	0	1	1	45
30-49	203	23	9	0	1	10	246
50-59	329	23	8	3	0	5	368
60-69	353	24	7	1	0	4	389
70-79	291	16	6	1	1	2	317
80-89	101	8	2	0	2	0	113
≥ 90	10	0	0	1	0	1	12
Totale	1.322	100	34	6	5	22	1.489

ANDAMENTO DECESSI PER FASCIA D'ETA'			
Fascia di età	Casi	Decessi	Mortalità per fascia di età
0 - 29 anni	45	1	2,2%
30 - 49 anni	246	13	5,3%
50 - 59 anni	368	43	11,7%
60 - 69 anni	389	76	19,5%
70 - 79 anni	317	135	42,6%
80 - 89 anni	113	64	56,6%
≥ 90	11	6	54,5%
Totale	1.489	338	22,7%

2.2.6 Andamento obiettivi DGRC 365/2019 - Allegato A

Con riferimento agli obiettivi aziendali specifici assegnati con D.G.R.C. n. 365 del 06/08/2019 di natura preliminare riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA" - punto E degli Adempimenti LEA - e del Nuovo Sistema di Garanzia), riportati nell'allegato A) al presente provvedimento, risulta:

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %	Raggiungimento obiettivo
Ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite	4	1	≤ valore 2018	0	-100%	SI
Ricoveri ordinari in adulti per BPCO, diabete e scompenso cardiaco	440	583	≤ valore 2018	502	14%	NO
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	5.256	4.585	3.741	2.295	-56%	SI
Accessi di DH di tipo medico	22.292	23.224	18.481	12.754	-43%	SI
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario	0,16	0,14	≤ 0,21	0,10	-38%	SI
Percentuale di fratture di femore operate entro 2 gg dall'ammissione	36%	53%	≥ 60%	73%	105%	SI

Di seguito si riporta il dettaglio del valore assunto dai principali indicatori definiti dall'Allegato A della DGR n. 365 del 06/08/2019.

Ricoveri in età adulta per complicanze diabete, BPCO e scompenso cardiaco

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di mantenimento del numero totale di ricoveri in età adulta per complicanze di diabete, BPCO e scompenso cardiaco, in quanto nel 2020 è stata riscontrata una riduzione del 14% dei suddetti ricoveri rispetto all'anno precedente (502 nel 2020 vs 583 nel 2019).

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Δ %
Ricoveri ordinari in adulti per BPCO, diabete e scompenso cardiaco	583	= valore 2019	502	-14%

Di seguito si riporta il dettaglio dei ricoveri effettuati nell'anno 2020 per singolo Ospedale ed Unità Operativa di degenza:

Ospedale Monaldi		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
0611	UOC Cardiochirurgia Pediatrica	2
0711	UOC Cardiochirurgia Generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	2
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	30
0713	UOSD Assistenza meccanica al circolo e dei trapianti (adolescenti)	19
0811	UOC Cardiologia	75
0812	UOC Cardiologia (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	57
0813	UOC Cardiologia Interventistica	21
0816	Scompenso cardiaco e cardiologia riabilitativa	147
0817	UOSD Elettrofisiologia, studio e terapia delle aritmie	18
0818	UOSD Cardiopatie congenite in adulti (GUCH)	16
1311	UOC Chirurgia Toracica	9
2611	UOC Medicina ad ind. cardiovascolare e dismetabolico	25
2615	UOC Medicina infettivologica e dei trapianti (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	1
4911	UOC TIPO	2

5011	UTIC (Monaldi)	7
5013	UTIC (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	1
6811	UOC UTSIR	1
6813	UOC Pneumologia ad indirizzo oncologico	2
6816	UOC Clinica Pneumologica (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	6
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	1
Totale Ospedale		442

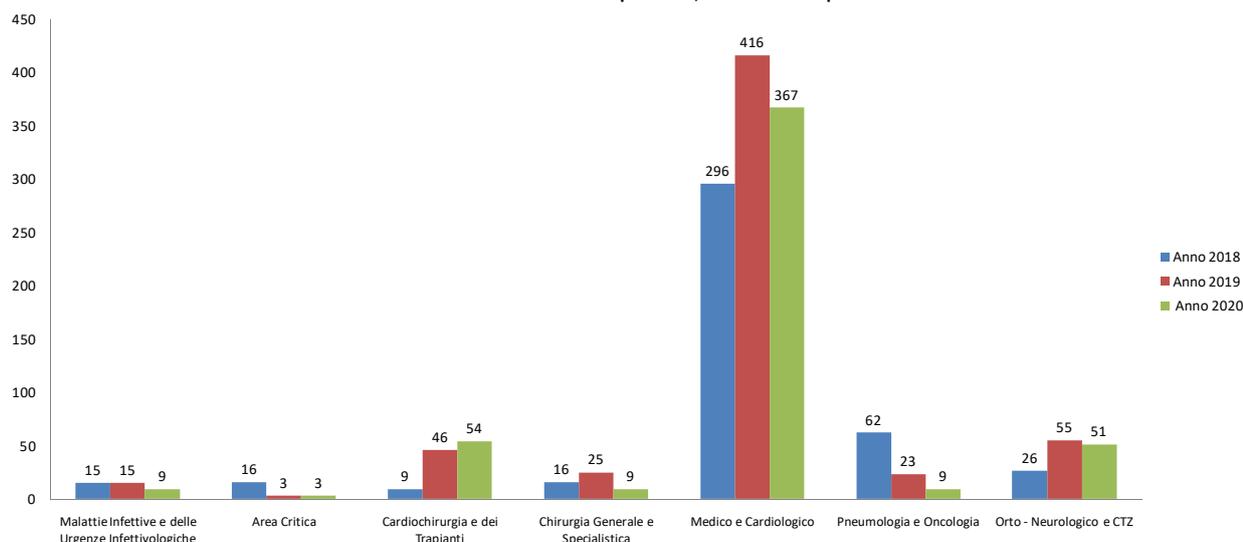
Ospedale Cotugno		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
2421	UOC Malattie infettive ad indirizzo neurologico	1
2424	UOC Immunodeficienze e malattie infettive di genere	3
2426	UOC Malattie infettive ad indirizzo epatologico	1
2428	UOC Immunodeficienze e malattie dell'emigrazione	3
2429	UOC Malattie infettive ad indirizzo ecoinferentistico	1
Totale Ospedale		9

Ospedale CTO		
Codice	Unità Operativa	Ric. ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso
3231	UOC Neurologia	1
5131	UOSD MCAU	50
Totale		51

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

Ricoveri ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	15	15	9	-40%
Area Critica	16	3	3	-81%
Cardiochirurgia e dei Trapianti	9	46	54	500%
Chirurgia Generale e Specialistica	16	25	9	-44%
Medico e Cardiologico	296	416	367	24%
Pneumologia e Oncologia	62	23	9	-85%
Orto - Neurologico e CTZ	26	55	51	96%
Totale	440	583	502	14%

Ricoveri ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso



Ricoveri diurni di tipo diagnostico

L'Azienda ha migliorato l'appropriatezza delle attività di day hospital grazie al trasferimento di parte delle prestazioni improprie nel setting dell'assistenza ambulatoriale. Tale intervento, unitamente alla temporanea sospensione delle attività di DH legata all'emergenza Covid, ha determinato una riduzione dei DH medici di tipo diagnostico del 51% rispetto al 2019 (4.651 nel 2019 vs 2.295 nel 2020) e del 56% rispetto al 2018 (5.256 nel 2018 vs 2.295 nel 2020), in linea con l'obiettivo di riduzione del 20% assegnato con DGRC n. 365/2019 per il triennio di riferimento.

Indicatori Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Ricoveri diurni di tipo diagnostico	5.256	4.585	3.741	2.295	-56%

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

DH medici con finalità diagnostica				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	617	605	522	-15%
Area Critica	259	338	193	-25%
Cardiocirurgia e dei Trapianti	401	158	99	-75%
Chirurgia Generale e Specialistica	1.132	972	524	-54%
Medico e Cardiologico	2.062	2.036	800	-61%
Pneumologia e Oncologia	647	416	122	-81%
Orto - Neurologico e CTZ	138	60	35	-75%
Totale	5.256	4.585	2.295	-56%

Accessi di tipo medico

L'azienda ha raggiunto l'obiettivo in quanto il valore degli accessi di tipo medico per l'annualità 2020 ha fatto registrare una riduzione del 43% rispetto al dato rilevato nel 2018 (22.292 nel 2018 vs 12.754 nel 2020) e del 44% rispetto al dato rilevato nel 2019 (22.974 nel 2019 vs 12.754). Tale dato risulta correlato, al pari di quello relativo al numero di ricoveri diurni con finalità diagnostica, alla parziale sospensione delle attività di DH legata all'emergenza da Covid-19 e agli

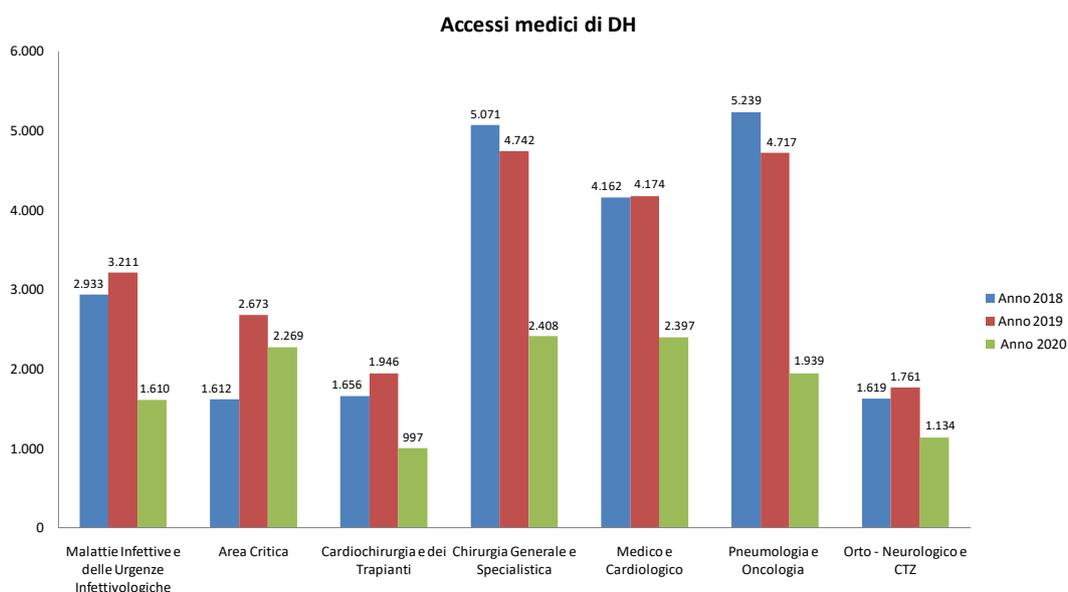
interventi attuati per contrastare i fenomeni di inappropriata organizzativa in regime di ricovero diurno mediante trasferimento di quota parte dei DH inappropriati nel *setting* dell'assistenza ambulatoriale o del *day service*.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Accessi di DH di tipo medico	22.292	23.224	18.481	12.754	-43%

Nota bene: In riferimento agli indicatori "Ricoveri diurni di tipo diagnostico" e "Accessi di tipo medico", si specifica che il "Team di Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO" costituito a livello regionale, coordinato dal Referente Regionale SDO, ha modificato le modalità di calcolo applicate fino al 2019, introducendo i seguenti criteri di esclusione: DRG diverso da 409 (Radioterapia), DRG 410 (Chemioterapia), DRG 489-490 (HIV associato ad altre patologie) e Diagnosi diversa da follow up in paziente trapiantato (V420-V421-V427).

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento:

Accessi medici di DH				
Dipartimento	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Scostamento %
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	2.933	3.211	1.610	-45%
Area Critica	1.612	2.673	2.269	41%
Cardiochirurgia e dei Trapianti	1.656	1.946	997	-40%
Chirurgia Generale e Specialistica	5.071	4.742	2.408	-53%
Medico e Cardiologico	4.162	4.174	2.397	-42%
Pneumologia e Oncologia	5.239	4.717	1.939	-63%
Orto - Neurologico e CTZ	1.619	1.761	1.134	-30%
Totale	22.292	23.224	12.754	-43%



Di seguito si riporta il dettaglio dei ricoveri diurni di tipo diagnostico e degli accessi medici di DH effettuati nell'anno 2020 per singolo Ospedale ed Unità Operativa di degenza:

Ospedale Monaldi			
Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. tot. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
0711	UOC Cardiochirurgia Generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	0	15
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	71	533
0713	UOSD Assistenza meccanica al circolo in pazienti adolescenti	27	272
0811	UOC Cardiologia e UTIC (Monaldi)	0	16
0814	UOC Cardiologia Pediatrica	82	108
0815	UOSD DH Cardiologia Preventiva	41	49
0816	Scompenso cardidaco e cardiologia riabilitativa	1	579
0817	UOSD Elettrofisiol., studio e terapia aritmie	2	6
0818	UOSD Cardiopatie congenite in adulti (GUCH)	663	1.589
0819	UOSD Diagnostica Cardiologica Integrata	11	50
0911	UOC Chirurgia Generale	11	97
0912	UOC Endoscopia Digestiva Chirurgica	0	729
1311	UOC Chirurgia Toracica	6	100
1411	UOC Chirurgia Vascolare	0	133
2615	UOC Medicina infettivologica e dei Trapianti (Vanv-Monaldi)	1	177
3411	UOC Oculistica	0	86
3611	UOSD Trattamento Ortopedici	0	601
3811	UOC Otorinolaringoiatria	9	53
4311	UOC Urologia	239	765
4911	UOC Anestesia e TIPO	0	299
6411	UOC Oncologia	0	409
6811	UOC UTSIR	9	298
6813	UOC Pneumologia ad indirizzo oncologico	3	608
6816	UOC Clinica Pneumologica (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	12	160
6817	UOSD Malattie Respiratorie (Federico II-Monaldi)	22	361
6818	UOC Pneumotisiologia (Federico II-Monaldi)	10	117
6891	UOC Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria	146	1.470
6893	UOSD Trattamento complicanze cancro del polmone	75	284
7311	UOC Terapia Intensiva Neonatale	26	37
Totale Ospedale		1.467	10.001

Ospedale Cotugno

Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
2421	UOC Malattie Infettive ad indirizzo neurologico	62	396
2423	UOC Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	19	103
2424	UOC Immunodef. e malattie infettive di genere	9	36
2426	UOC Malattie Infettive ad indirizzo epatico	79	194
2427	UOC Mal. Infettive ad indirizzo immunologico	5	26
2428	UOC Immunodef. e malattie dell'emigrazione	115	273
2429	UOC Mal. Infettive ad ind. eointerventistico	4	111
2481	UOC Malattie Infettive ad indirizzo respiratorio	228	466
2921	UOC Nefrologia e Dialisi	3	156
6894	I Divisione COVID-19 (Corpo G Cotugno)	9	9
9721	UOSD Gestione pz infettivo in stato detentivo	1	5
Totale Ospedale		534	1.775

Ospedale CTO			
Codice	Unità Operativa	Numero DH Diagnostici	Num. di accessi medici (di DH sia diagnostici che terapeutici)
0831	UOC Cardiologia	17	42
0931	UOSD Chirurgia Generale	1	62
0932	UOSD Endoscopia Digestiva	258	383
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	1	358
3231	UOC Neurologia	17	37
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	0	4
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	0	42
3634	UOSD Chirurgia della mano	0	50
Totale Ospedale		294	978

Ricoveri in regime ordinario con DRG inappropriato

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo relativo al rapporto tra ricoveri ordinari per DRG a rischio di in appropriatezza (ARI) e DRG appropriati (non ARI), facendo registrare un rapporto ARI/non ARI in regime ordinario pari a 0,10, inferiore al valore di 0,14 rilevato nel 2019 e individuato come valore target anche per l'anno 2020, inferiore al valore obiettivo pari a $\leq 0,21$.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario	0,16	0,14	$\leq 0,21$	0,10	-38%

Ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni

Relativamente alla percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dal ricovero, l'Azienda ha raggiunto il valore minimo appropriato del 60% previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, facendo registrare, nell'anno 2020, un valore nettamente superiore a quello osservato negli anni precedenti. Nel 2018 e nel 2019, infatti, la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore è risultata rispettivamente pari al 36% e 53% per effetto dell'impatto prodotto sulle attività assistenziali dal Pronto Soccorso dell'Ospedale CTO, che ha determinato un significativo incremento del numero di pazienti di età superiore a 65 anni con diagnosi di frattura di femore trattati annualmente nel Presidio Ospedaliero. L'introduzione di nuovi percorsi organizzativo-gestionali e, in particolare, l'assegnazione di sedute operatorie aggiuntive dedicate ai pazienti con frattura di femore, ha portato tale valore al 73% nell'anno 2020, con un incremento del 37% rispetto all'anno precedente e del 105% rispetto all'annualità 2018.

Indicatore Allegato A	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Percentuale di fratture di femore operate entro 2 gg dall'ammissione	36%	53%	≥ 60%	73%	105%

Si riporta di seguito il dettaglio per le UOC Ortopedia a indirizzo protesico ed artroscopico e UOC Ortopedia a indirizzo protesico e rigenerativo per le annualità 2018, 2019, 2020.

Anno 2018				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	44	117	38%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	51	150	34%
Totale		95	267	36%

Anno 2019				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	88	192	46%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	133	225	59%
Totale		221	417	53%

Anno 2020				
Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		N. dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni	Totale dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore	% dimissioni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni
3631	UOC Ortopedia a ind. protesico ed artroscopico	73	106	69%
3633	UOC Ortopedia a ind protesico e rigenerativo	123	163	75%
Totale		196	269	73%

2.2.7 Andamento obiettivi DGRG 365/2019 – Allegato B

Con riferimento agli obiettivi di cui all'allegato B) alla D.G.R.C. n. 365 del 06/08/2019, risulta quanto segue.

Indicatori Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %	Raggiungimento obiettivo
Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	15%	15%	< 25%	14%	-3%	SI
Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati	2,23	2,20	≤ 1,4	2,14	-4%	NO
Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia	0%	1%	≤ 20%	1%	1020%	SI
Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e l'attuazione del nuovo HSM	100%	100%	100%	100%	0%	SI
Monitoraggio di appropriatezza ed efficacia delle SDO	100%	100%	100%	100%	0%	SI

Di seguito si riporta il dettaglio del valore assunto dai suddetti indicatori.

Ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici

Indicatore Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici	15%	15%	< 25%	14%	-3%

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo relativo alla percentuale di ricoveri con DRG di tipo medico dimessi da reparti chirurgici, per il quale è previsto un valore target <25%. Nell'anno 2020 è stato, infatti, registrato un valore del 14%, inferiore non solo al valore obiettivo assegnato da DGRC n. 365/2019, ma anche al valore del 15% rilevato nel 2019 e nel 2018.

Di seguito si riporta il dettaglio dei valori registrati per singolo Dipartimento.

Ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici			
Descrizione Dipartimento	Dimessi medici	Totale dimessi	% dimessi medici
Dipartimento di Cardiochirurgia e dei Trapianti	183	874	21%
Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica	468	3.731	13%
Dipartimento Orto - Neurologico e CTZ	204	1.348	15%
Totale complessivo	855	5.953	14%

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
0911	UOC Chirurgia Generale (Monaldi)	57	896	6,4%
0931	UOSD Chirurgia Generale (CTO)	121	386	31,3%
1311	UOC Chirurgia Toracica	20	613	3,3%

1411	UOC Chirurgia vascolare	40	329	12,2%
3411	UOC Oculistica	4	68	5,9%
3811	UOC Otorinolaringoiatria	43	602	7,1%
4311	UOC Urologia	183	837	21,9%

Dipartimento di Cardiochirurgia e dei Trapianti		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
0611	UOC CCH pediatrica e delle cardiopatie cong.	38	242	15,7%
0711	UOC CCH generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	29	273	10,6%
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	47	70	67,1%
0713	UOSD Ass. meccanica al circolo e dei trap. in adol.	53	71	74,6%
0714	UOSD Tecniche Innovative in Cardiochirurgia	16	218	7,3%

Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		Dimessi medici	Dimessi totali	% DRG medici
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	59	172	34,3%
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	44	575	7,7%
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	101	601	16,8%

Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati

L'Azienda non ha raggiunto l'obiettivo relativo alla degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati, per il quale è previsto un valore target $\leq 1,4$ giorni. Nell'anno 2020 è stato, infatti, registrato un valore di 2,14 giorni, che, tuttavia, conferma la progressiva riduzione della degenza media osservata nell'ultimo triennio.

Indicatore Allegato B	Valore raggiunto anno 2018	Valore raggiunto anno 2019	Valore obiettivo 2020	Valore raggiunto anno 2020	Scostamento %
Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati	2,2	2,2	$\leq 1,4$	2,1	-4%

Anno di riferimento	Giornate totali di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici con criteri di esclusione	Degenza media pre-operatoria
2018	10.976	4.926	2,2
2019	10.020	4.563	2,2
2020	6.848	3.194	2,1

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è fortemente condizionato dal trasferimento di un elevato numero di pazienti presso le Unità Operative di cardiochirurgia dell'Ospedale Monaldi nell'ambito della rete dell'emergenza. Tali

trasferimenti, infatti, determinano il frequente slittamento degli interventi chirurgici programmati a causa dell'indisponibilità di sale operatorie e/o posti letto in Terapia Intensiva Post-Operatoria.

Di seguito si riporta il dettaglio dei valori registrati per singola Unità Operativa aziendale.

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
0911	U.O.C. Chirurgia Generale (Monaldi)	1.254	767	1,63
0931	U.O.S.D. Chirurgia Generale (CTO)	333	127	2,62
1311	U.O.C. Chirurgia Toracica (Monaldi)	1.995	543	3,67
1411	U.O.C. Chirurgia vascolare (Monaldi)	342	242	1,41
3411	U.O.C. Oculistica (Monaldi)	30	42	0,71
3811	U.O.C. Otorinolaringoiatria (Monaldi)	337	556	0,61
4311	U.O.C. Urologia (Monaldi)	630	623	1,01

Dipartimento di Cardiochirurgia e dei Trapianti		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
0611	UOC CCH pediatrica e delle cardiopatie cong.	299	116	2,58
0711	UOC CCH generale (Uni. Vanvitelli-Monaldi)	674	50	13,48
0712	UOSD Chirurgia dei Trapianti	44	2	22,00
0713	UOSD Ass. meccanica al circolo e dei trap. in adol.	51	4	12,75
0714	UOSD Tecniche Innovative in Cardiochirurgia	561	35	16,03

Dipartimento Orto-Neurologico e CTZ		Giorni di degenza pre-operatoria	Dimessi chirurgici	Degenza media pre-operatoria
3031	UOC Neurochirurgia (Uni. Vanvitelli-CTO)	108	31	3,48
3631	UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico	148	38	3,89
3633	UOSD Ortopedia ad indirizzo rigenerativo	42	18	2,33

Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo previsto dalla DGR n. 365/2019 in termini di percentuale di ricoveri per riabilitazione con degenza oltre soglia, in quanto per l'anno 2020 è stato registrato valore pari a 1,12%. (Valore Target ≤ 20%).

Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e l'attuazione del nuovo HSM

I flussi informativi necessari alla verifica degli obiettivi previsti dalla griglia LEA e dal Nuovo Sistema di Garanzia ed, in particolare Flusso A, Flusso P, Flussi HSP ed STS, sono stati trasmessi nel pieno rispetto della tempistica prevista dalla normativa vigente in materia.

L'Azienda ha, inoltre, provveduto al costante e tempestivo riallineamento dei flussi di governo - in particolare Flussi NSIS relativi a dotazione di posti letto ed apparecchiature elettromedicali e Flusso SDO - in relazione agli interventi attuati per far fronte all'evoluzione dell'emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2. E' stata, altresì, garantita la puntuale trasmissione di flussi informativi straordinari istituiti a livello regionale al fine di monitorare l'esito dei tamponi molecolari per la ricerca di SARS-Cov-2, la disponibilità di posti letto in reparti Covid-19 a media e ad alta intensità di cure e l'indice di saturazione di tali aree;

Monitoraggio di appropriatezza ed efficacia delle SDO

L'Azienda ha provveduto ad effettuare le seguenti attività di controllo secondo la tempistica e le procedure definite dalla normativa vigente:

- verifica, in regime di autocontrollo, delle SDO relative ai ricoveri ordinari con degenza superiore a 3 giorni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata, ai sensi del Decreto Commissariale n. 21 del 05/03/2018;
- verifica della congruità di codifica di tutte le schede trasmesse dal *Team* regionale costituito per il Monitoraggio di Appropriata e di efficacia delle SDO. Tutte le SDO per cui è stata confermata una codifica incongrua sono state corrette e rinviate con posizione contabile 2.

Ricoveri per pazienti extra Regione

Come dalle tabelle indicate di seguito, la percentuale del numero di ricoveri ordinari per pazienti extra-regione dimissioni si riduce nel 2020 per la maggior parte dei Dipartimenti aziendali a causa dello stato di emergenza nazionale da Covid-19 che ha comportato la temporanea sospensione delle attività di ricovero ordinario di tipo programmato. La percentuale del numero di ricoveri diurni per pazienti extra-regione risulta nel 2020 sostanzialmente invariata rispetto al 2019.

Dipartimento	RICOVERI ORDINARI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE		RICOVERI DIURNI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE	
	% Dimessi extra-Regione		% Dimessi extra-Regione	
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2019	Anno 2020
Cardiochirurgia e dei Trapianti	7%	3%	7%	7%
Medico e Cardiologico	3%	3%	4%	4%
Chirurgia Generale e Specialistica	3%	3%	2%	2%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	9%	5%	9%	8%
Orto-Neurologico e CTZ	3%	2%	2%	2%
Area Critica	5%	6%	4%	4%
Pneumologia e Oncologia	2%	3%	3%	2%
Totale	4%	3%	4%	4%

Di seguito si riporta il dettaglio per Dipartimento dei ricoveri ordinari e diurni effettuati nel corso del 2020 per pazienti extra-Regione.

RICOVERI ORDINARI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE			
Dipartimento	Dimessi	Dimessi extra-Regione	% Dimessi extra-Regione
Cardiochirurgia e dei Trapianti	1.032	32	3%
Medico e Cardiologico	2.859	77	3%
Chirurgia Generale e Specialistica	3.731	102	3%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	1.868	100	5%
Orto-Neurologico e CTZ	2.250	53	2%
Area Critica	1.415	83	6%
Pneumologia e Oncologia	1.832	47	3%
Totale	14.987	494	3%

RICOVERI DIURNI PER PAZIENTI EXTRA-REGIONE			
Dipartimento	Dimessi	Dimessi extra-Regione	% Dimessi extra-Regione
Cardiochirurgia e dei Trapianti	607	41	7%
Medico e Cardiologico	1.112	49	4%
Chirurgia Generale e Specialistica	1.987	38	2%
Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche	3.067	244	8%
Orto-Neurologico e CTZ	790	12	2%
Area Critica	814	30	4%
Pneumologia e Oncologia	2.738	62	2%
Totale	11.115	476	4%

Come si evince dalle tabelle sovrastanti, riscontriamo una percentuale maggiore di ricoveri per pazienti extra-regione per i Dipartimenti di Malattie Infettive e delle Urgenze Infettivologiche, che raggiunge valori pari al 6 % per i ricoveri ordinari e all'8% per i ricoveri a ciclo diurno, e per il Dipartimento di Area Critica, che raggiunge valori pari al 6% per i ricoveri ordinari e a 4% per i ricoveri a ciclo diurno. Tale indice risulta in crescita anche per il Dipartimento di Cardiochirurgia e dei Trapianti, che raggiunge valori pari al 3% per i ricoveri ordinari e al 7% per i ricoveri a ciclo diurno, essendo l'Ospedale Monaldi anche il centro di riferimento regionale per i trapianti cardiaci.

2.2.8 Andamento Attività specialistica ambulatoriale 2019 - 2020

Di seguito si riporta l'analisi dell'andamento delle attività di specialistica ambulatoriale nel biennio 2019 - 2020:

Branca	Descrizione branca	Anno 2019		Anno 2020		Δ 2019 vs 2020	
		N° Prestazioni	Importo	N° Prestazioni	Importo	N° Prestazioni	Importo
AN	Anestesia	2714	91.656 €	11	46.603 €	-2703	-45.053 €
AP	Altro	17371	3.760.904 €	96	843.156 €	-17275	-2.917.748 €
CA	Cardiologia	82590	2.370.171 €	500	1.690.683 €	-82090	-679.488 €
CH	Chirurgia Generale	4689	79.267 €	36	32.484 €	-4653	-46.783 €
CV	Chirurgia Vascolare	1012	21.400 €	21	13.730 €	-991	-7.670 €
DB	Diabetologia	666	9.815 €	6	5.629 €	-660	-4.186 €
DE	Allergologia	1503	22.471 €	27	7.278 €	-1476	-15.193 €
EN	Endocrinologia	1234	19.471 €	6	1.786 €	-1228	-17.685 €
FK	Fisiatria	4246	299.256 €	67	83.357 €	-4179	-215.899 €
GA	Gastroenterologia - Chirurgia - Endoscopia	8643	338.381 €	60	177.811 €	-8583	-160.570 €
LA	Laboratorio Analisi	170918	1.280.344 €	1453	555.136 €	-169465	-725.208 €
MI	Medicina Interna	496	7.426 €	8	7.411 €	-488	-16 €
MN	Miocardologia	1926	830.860 €	10	633.934 €	-1916	-196.925 €
NC	Neurochirurgia	1729	23.145 €	5	13.635 €	-1724	-9.511 €
NE	Neurologia	10145	313.713 €	68	146.493 €	-10077	-167.220 €
NF	Nefrologia	3392	82.131 €	8	67.706 €	-3384	-14.425 €
OC	Oculistica	5019	108.877 €	63	97.437 €	-4956	-11.440 €
OD	Ginecologia	205	4.236 €	5	1.005 €	-200	-3.232 €
ON	Oncologia	3707	52.918 €	16	112.050 €	-3691	59.132 €
OR	Ortopedia e Traumatologia	10080	158.027 €	60	96.377 €	-10020	-61.650 €
OT	Otorinolaringoiatria	3290	47.182 €	56	38.827 €	-3234	-8.356 €
PN	Pneumologia	32124	707.908 €	249	299.547 €	-31875	-408.360 €
PS	Psichiatria	1464	24.942 €	15	8.454 €	-1449	-16.489 €
RA	Diagnosticaper Immagini: Radiologia	6359	315.925 €	117	104.158 €	-6242	-211.767 €
UR	Urologia	2361	71.484 €	33	75.215 €	-2328	3.730 €
Totale complessivo		377883	11.041.911 €	2996	5.159.901 €	-374887	-5.882.010 €

Come si può notare dall'analisi dei dati, nel corso del 2020 risulta esserci una riduzione rispetto annualità 2019 sia per quanto riguarda il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che per il numero di prestazioni eseguite. Nello specifico, si rileva una riduzione delle attività per circa 5,9 Mln imputabile principalmente alla temporanea sospensione delle attività di specialistica ambulatoriale, per le prestazioni non urgenti, a causa dello stato di emergenza nazionale da Covid-19.

2.2.9 Andamento dell'attività di pronto soccorso

L'Azienda Ospedaliera dei Colli ha riaperto il Pronto Soccorso presso il presidio del CTO da Aprile 2018. Come previsto dal Decreto n.103 del 28.12.2018 - Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M.70/2015- il Pronto soccorso del CTO si pone come ospedale di base sede di Pronto Soccorso all'interno della Rete della Emergenza-Urgenza nella Macro-Area dell'ASL Napoli 1. L'Ospedale di base del CTO, sede di Pronto Soccorso, si riferisce ad un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, con un tempo di percorrenza inferiore a 60 minuti verso il DEA di riferimento e soddisfa un numero di accessi superiore a 20.000. È deputato ad effettuare in emergenza-urgenza procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure stabilizzazione clinica e trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo i protocolli concordati per patologia. Le discipline previste sono quelle già riportate per gli ospedali di base. Il pronto soccorso è dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del CTO, nel corso dell'annualità 2020, si sono registrati 21.644 accessi di cui:

- Il 2% di accessi con codice di triage bianco;
- Il 32% di accessi con codice di triage giallo;
- Il 3% di accessi con codice di triage rosso;
- Il 64% di accessi con codice di triage verde.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del Cotugno, nel corso del 2020, il numero di accessi registrati, pari a 20.841, sono per lo più imputabili a pazienti con infezione da Covid-19, essendo, infatti, il Presidio Ospedaliero Cotugno individuato, all'interno della rete ospedaliera regionale, quale centro di riferimento per i pazienti affetti da Covid-19 sia per il Pronto soccorso che per la Degenza ordinaria.

Il numero di accessi nel corso dell'annualità 2020, risulta così distribuito:

- Il 4,4 % di accessi con codice di triage giallo;
- Il 0,5 % di accessi con codice di triage rosso;
- Il 95,1% di accessi con codice di triage verde.

2.2.10 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

I principali risultati conseguiti nell'annualità precedente sono estesamente stati indicati nello specifico paragrafo, tuttavia è significativo riassumere quanto segue.

L'Azienda Ospedaliera dei Colli:

- è in pareggio di bilancio economico ininterrottamente sin dalla sua costituzione;
- rappresenta un indubbio centro di riferimento per l'utenza campana e manifesta una consolidata attrattiva anche per utenti provenienti da fuori Regione, in particolare per la patologie cardiovascolari (in particolare pediatriche), polmonari e infettivologiche;
- impiega nella cura dei pazienti trattati le migliori tecnologie disponibili, sia per quanto riguarda i devices impiantabili attivi, sia gli impianti cocleari, sia per le tecnologie robotiche e di laparoscopia 3D.

Per il dettaglio dei risultati conseguiti si rimanda comunque alla sezione indicata in precedenza.

2.2.10.1 Albero della performance

La struttura portante dell'albero della performance adottato dall'Azienda deve necessariamente rappresentare le azioni intraprese e quelle previste in prospettiva.

L'albero deve rispecchiare l'articolazione della negoziazione di *budget*, che a sua volta declina gli obiettivi che la Direzione Strategica definisce come prioritari per lo sviluppo della *mission* attraverso la *vision*.

Le aree di intervento sono rappresentate dalle differenti sezioni della scheda di negoziazione di *budget*, che prevede :

- Obiettivi di appropriatezza basati sugli indicatori Siveas/AGENAS
- Obiettivi comportamentali (tra i quali sono ricompresi quelli inerenti gli adempimenti per la Trasparenza e l'Integrità, sicurezza sul lavoro e gestione del rischio clinico)
- Obiettivi formativi
- Obiettivi economici
- Obiettivi derivati, che esprimono la correlazione tra la misurazione della produzione e quella dei costi necessari a renderla possibile.

Tale organizzazione declina le seguenti prospettive prioritarie:

- Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure, misurate in funzione degli esiti
- Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore qualità di assistenza possibile
- Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche
- Prospettiva della trasparenza e l'Integrità
- Prospettiva della sicurezza sul lavoro della riduzione del Rischio Clinico

L'A.O. dei Colli di Napoli delinea linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. La *vision* adottata è volta ad offrire, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente, secondo la *good practice* delle conoscenze mediche e tecnologiche

L'albero della performance si sostanzia attraverso

Prospettiva dell'appropriatezza e dell'efficacia di cure di alta qualità, misurate in funzione degli esiti

(Esprime la capacità di fornire assistenza sanitaria a livelli nazionali, misurando l'*outcome* attraverso il monitoraggio degli esiti)

Prospettiva della definizione di processi e protocolli condivisi tra le UO di diagnosi e cura per offrire la migliore qualità di assistenza possibile

(Esprime la necessità di offrire servizi efficaci, appropriati e di qualità)

Prospettiva del corretto utilizzo delle risorse, non solo economiche

(Esprime la necessità di un vincolo di compatibilità economica delle proprie attività e di economicità della gestione, e di efficiente utilizzo del personale)

Prospettiva della Trasparenza e, l'Integrità

(Esprime il vincolo del rispetto della normativa in merito alla trasparenza ed integrità delle attività sanitarie, amministrative e gestionali e concretizza gli adempimenti in materia di anticorruzione)

Prospettiva della sicurezza sul lavoro e della riduzione del Rischio Clinico

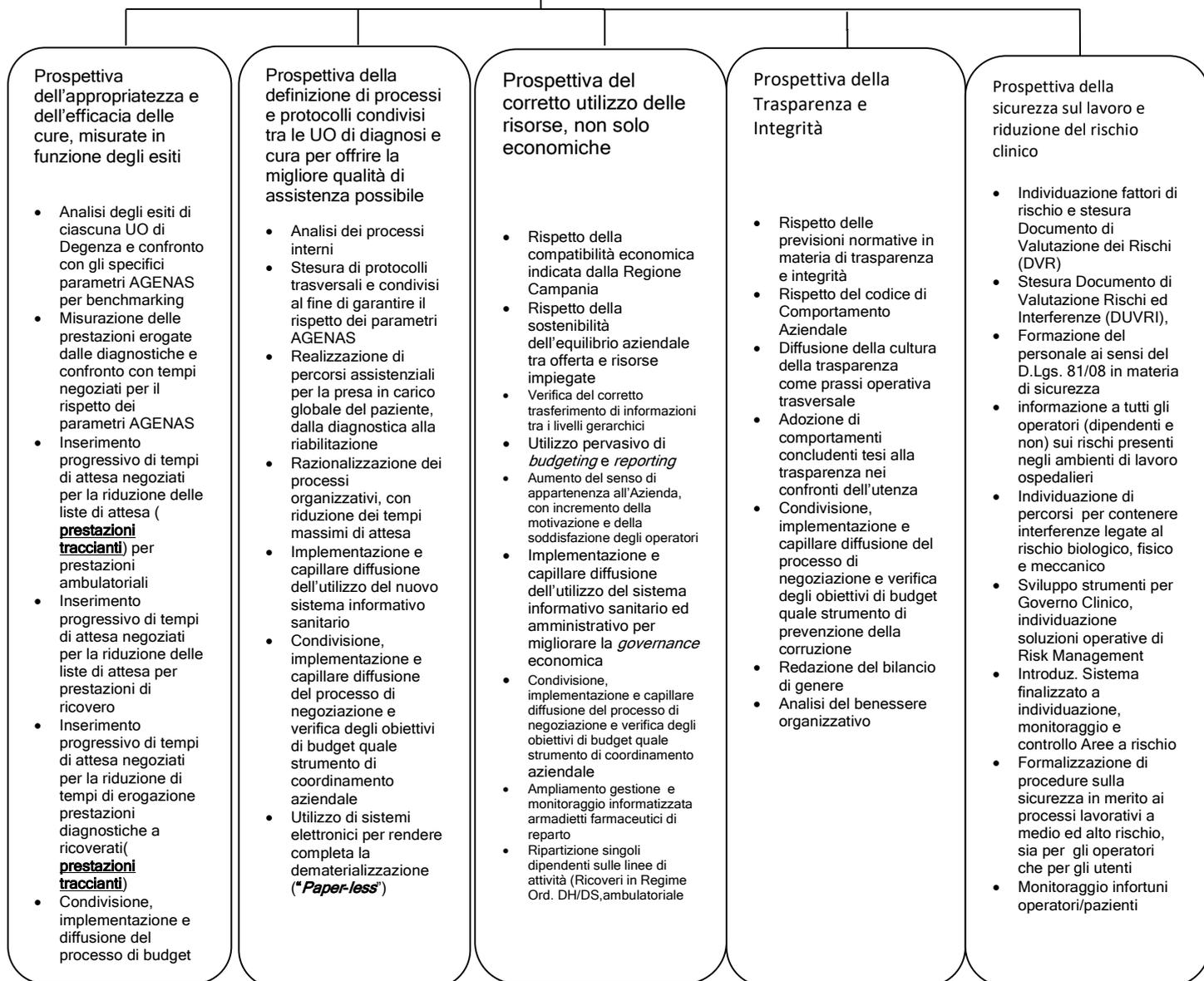
(Esprime l'attenzione sulla analisi organizzativa, formazione, informazione ed addestramento del personale in materia di sicurezza sul lavoro e rischio clinico e realizzazione di misure idonee ad aumentare la sicurezza del personale e degli utenti)

2.2.10.2 Obiettivi strategici

Quanto esplicitato nell'albero della *performance* viene di seguito declinato in obiettivi di macroarea:

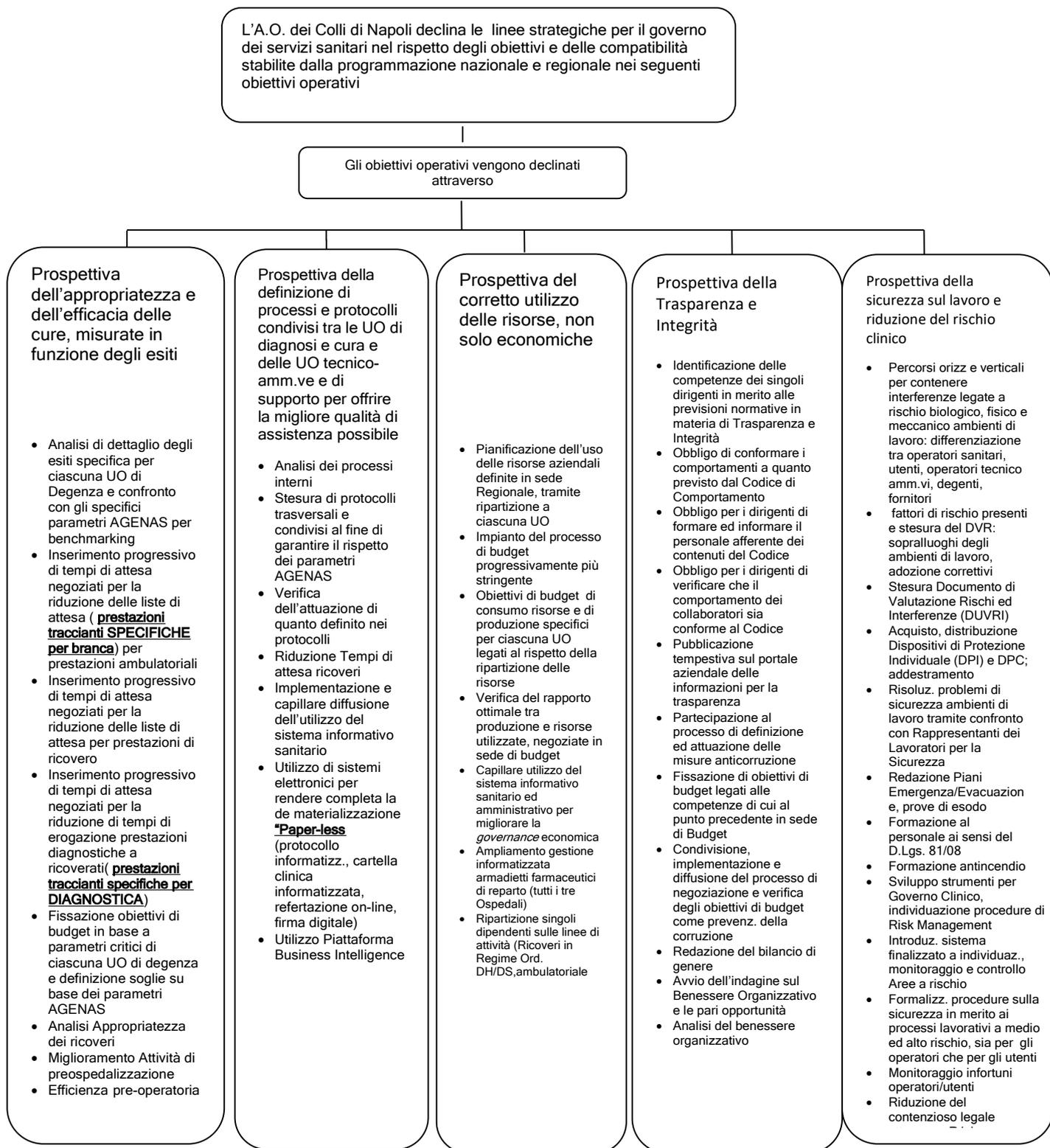
L'A.O. dei Colli di Napoli delinea linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. La *vision* adottata è volta ad offrire, secondo criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente, secondo la *good practice* delle conoscenze mediche e tecnologiche

Gli obiettivi strategici vengono declinati attraverso



2.2.10.3 Obiettivi e piani operativi

Utilizzando la metodologia multilivello della negoziazione budgetaria, gli obiettivi strategici indicati nella sezione precedente vengono declinati nei seguenti obiettivi operativi, oggetto delle schede di budget Dipartimentale, Delle singole Unità Operative e, al livello più atomico, di ogni Dirigente.



Per ciascun obiettivo operativo sono stati individuati uno o più indicatori, specifici e misurabili. Ciascun indicatore viene commisurato a valori ritenuti di riferimento (*standards* nazionali e/o regionali, *benchmarking*). Il *set* di indicatori e le soglie minime ammissibili ed i valori di obiettivo massimo sono oggetto di selezione annuale, attraverso la specifica analisi dei risultati raggiunti l'anno precedente, secondo la regola che gli obiettivi debbano essere ragionevoli ma sfidanti. Secondo tale principio, quando un obiettivo è raggiunto con buoni margini, il risultato va considerato tendenzialmente stabile ed eliminato dal *set* di obiettivi per l'anno successivo. In alternativa e in funzione dell'importanza dell'obiettivo stesso, la negoziazione dell'anno successivo può prevedere la modifica dei parametri soglia e valore massimo così da rendere più stringente la prestazione.

L'introduzione della metodica di *budget*, a sua volta legata alle continue novazioni dei Sistemi Informativi di supporto alla verifica dei risultati, rende il processo in parte sperimentale, soprattutto per gli aspetti legati alla individuazione dei processi oggetto di analisi ed alla capacità dei sistemi informativi stessi di supportare le analisi ed il monitoraggio degli obiettivi.

Per le motivazioni espresse, man mano che il sistema informativo renderà pienamente disponibili le funzionalità previste sarà possibile estrinsecare in dettaglio il piano definitivo annuale.

Con la deliberazione n. 762 del 10/07/2013 l'Azienda ha adottato tuttavia modelli specifici dei scheda di negoziazione e di valutazione budgetaria, dove sono indicate le sezioni relative alla pianificazione attuale. Nelle effettive schede di budget, a conclusione della corretta negoziazione, vengono definiti:

- l'obiettivo operativo di riferimento
- l'indicatore relativo
- la definizione dell'indicatore
- la formula di costruzione dell'indicatore
- il *benchmarking* di soglia minima, al di sotto del quale la prestazione è considerata del tutto insufficiente. Il valore di *benchmarking* è individuato attraverso un confronto con un elemento, di solito esterno all'Azienda, ritenuto il "migliore" o comunque riconosciuto come *standard* a cui tendere
- il *benchmarking* di obiettivo massimo, cui corrisponde la prestazione massima
- la formula di calcolo del risultato conseguito, sia nel caso di prestazione sotto soglia minima, sia di prestazione tra minimo e massimo
- la direzione a cui deve tendere l'indicatore
- Le serie storiche di valori conseguiti negli anni precedenti l'anno di riferimento.

Periodicamente viene trasmessa reportistica personalizzata per ciascuna UO, così da rendere possibile l'auto valutazione dei risultati intra annuali.

2.2.10.4 Obiettivi Individuali

In quanto segue, per ciascuna delle UO di degenza sono utilizzati obiettivi, parametri, soglie e DRG sentinella specifici per ognuna, come già effettuato nelle negoziazioni di budget fin dal 2011, provvedendo a raffinare ulteriormente il modello di sorveglianza in sede di negoziazione effettiva.

Precisamente, ciascuna scheda di budget presenta le seguenti sezioni:

- Dati strutturali, relativi ai posti letto ed altre informazioni generali
- Dati di attività, che riportano i i valori degli indicatori delle serie storiche e dell'annualità in corso, comprendendo gli indicatori sanitari classici, oltre ai dati sull'attività di ricovero.
- Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS, contenente gli obiettivi, in parte generali, in parte legati ai DRG critici (che non sono considerati ottimali in base ai valori degli anni precedenti) specifici per ciascuna UO.
- Dati di dettaglio dell'assegnazione del personale all'atto della negoziazione ed all'atto della valutazione, comprensivi della matricola, della qualifica e della percentuale di assegnazione alla UO.
- Obiettivi qualitativi : comportamenti organizzativi, legati ai percorsi, ai processi, alla compliance alle direttive aziendali
- Obiettivi formativi, legati all'acquisizione di particolari *skills* individuati come strategici in sede di negoziazione
- Obiettivi Economico-quantitativi, legati al contenimento dei costi del personale e dei principali consumi diretti
- Obiettivi Economico-quantitativi derivati, che correlano la produzione ai consumi.
- Obiettivi legati alla riduzione del rischio clinico
- Obiettivi legati alla sicurezza sul lavoro
- Obiettivi legati al rispetto della normativa in materia di Trasparenza e Anticorruzione

Le schede sono suddivise in categorie, precisamente:

- Direttore di Dipartimento
- Direttore di UOC, Responsabile di UOSD
- Dirigente senza incarico di struttura
- Personale di comparto titolare di Posizione Organizzativa o Coordinamento
- Personale di comparto privo di Posizione Organizzativa o Coordinamento

Gli obiettivi individuali dei dirigenti di ciascuna UO sono comuni alla medesima UO per quanto attiene alla sezione degli Obiettivi di appropriatezza SIVEAS/AGENAS e degli obiettivi Economico-quantitativi e degli obiettivi economico quantitativi derivati, mentre sono personalizzati per quanto attiene alle sezioni degli obiettivi formativi e quelli dei comportamenti organizzativi.

Il Direttore di UOC o il Responsabile di UOSD hanno, in aggiunta a quelli dei dirigenti privi di incarico, alcuni obiettivi nella sezione dei comportamenti organizzativi legati alla funzione di coordinamento delle attività dei dirigenti collaboratori.

Il Direttore di Dipartimento, in aggiunta agli obiettivi di Direttore di UOC ha ulteriori obiettivi legati alla funzione di coordinamento delle attività dei Direttori delle UO allocate nel Dipartimento.

In alcuni casi, in particolare per il Dipartimento Diagnostico, in presenza di estrema specializzazione dei compiti dei dirigenti valutati, la personalizzazione degli obiettivi è estremamente spinta e legata ai compiti individuali.

Le schede dei Dirigenti Tecnico Amministrativi sono ovviamente specifiche per ciascuno, in relazione all'incarico od alla posizione funzionale ricoperta.

Ciascun obiettivo è caratterizzato dai seguenti parametri:

- *Trend*, che indica se l'obiettivo deve avere un senso crescente o decrescente, ad esempio, la degenza media di un particolare DRG è migliore se diminuisce e peggiore se aumenta, pertanto il trend sarà “∇”.
- Valore soglia, che indica la prestazione minima oltre la quale la prestazione diviene apprezzabile e sotto la quale viene considerata nulla.
- Valore obiettivo, che rappresenta la prestazione da rendere per ottenere il risultato atteso
- Peso, che rappresenta il valore percentuale del singolo obiettivo nel complesso degli obiettivi; la somma dei pesi legati agli obiettivi è pari a 100.

Ciascun obiettivo ha poi ulteriori parametri, calcolati in sede di valutazione:

- consuntivo annuale, che è costituito dalla prestazione resa
- risultato calcolato, che è dato dalla valorizzazione del peso conseguito, attraverso una formula di calcolo
- valutazione, che è pari al risultato calcolato, salvo i casi in cui particolari contingenze non portino a modificare tale valore a seguito di eventi specifici negoziati in anticipo.

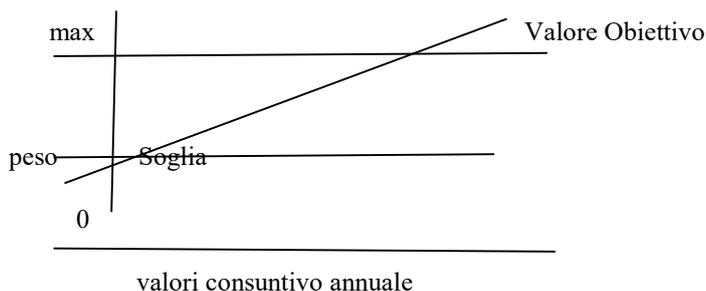
I valori degli indicatori possono essere di differenti categorie:

- valori Sì/No, legati alle prestazioni da rendere in modo unitario (esempio, definizione di un flusso operativo o di un protocollo)
- valori numerici legati allo specifico obiettivo (es: degenza media misurata in giorni)
- valori normalizzati, generalmente valori da 3 a 5 dove 3 rappresenta il Valore Soglia e 5 è la prestazione massima, generalmente da rendersi a cura del Valutatore di I° istanza. Il valore 3 per la prestazione minima è fissato dal regolamento per la valutazione.

Le formule di calcolo sono indicate a margine di ciascuna scheda e per ciascuna delle sezioni delle schede di Negoziazione e di Valutazione, così da essere conoscibili e condivise tramite la firma per accettazione sia dal Valutato che dai Valutatori di Prima e di seconda Istanza.

Il calcolo del risultato conseguito è così definito:

- per valori di consuntivo annuale \leq del valore soglia (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è =0;
- per valori di consuntivo annuale \geq Valore Obiettivo (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è = Peso;
- per valori di consuntivo annuale \geq Valore Soglia e $<$ Valore Obiettivo (se il *trend* è Δ), il risultato calcolato è ottenuto attraverso una proporzione lineare dell'intervallo tra valore soglia e valore obiettivo.



Se il *trend* ha verso opposto, i termini verranno invertiti, rispettando il principio della proporzionalità.

Sono allo studio criteri di calcolo del valore risultato ottenuti con una funzione a gradini, corrispondente , cioè, a differenti soglie cui vengono assegnati pesi crescenti. Tali criteri verranno eventualmente formalizzati per tempo nelle annualità di competenza ed in funzione dei regolamenti di valutazione adottati.

Quanto indicato è integralmente esplicitato dalla deliberazione n. 762 del 10/07/2013 che ha adottato i modelli di schede di budget utilizzate in Azienda e pubblicate sul sito web istituzionale.

Il calcolo del punteggio finale si effettua sommando il valore numerico di tutte le singole valutazioni contenute nella scheda individuale.

Per ciascuna scheda valutativa, un punteggio inferiore a 60 (sessanta) verrà considerato INSUFFICIENTE.

In particolare, per le Unità Operative che svolgono attività di ricovero, gli obiettivi di *performance* sono stati fissati sulla scorta dei classici indicatori di assistenza ospedaliera e degli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

Gli indicatori classici (tabella 1), che consentono di valutare l'efficienza di erogazione delle prestazioni, sono stati utilizzati per il monitoraggio dell'attività di tutti i Dipartimenti Strutturali dell'Azienda e delle Unità Operative che ad essi afferiscono.

TABELLA 1: INDICATORI CLASSICI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
Numero totale di dimessi
Numero totale di giornate di degenza
Numero di ricoveri di 0-1 giorno
Degenza media
Peso medio dei DRG
Indice di occupazione (I.O.)
Indice di rotazione (I.R.)
Indice di turn over

Si riportano di seguito il significato e le modalità di calcolo dei suddetti indicatori:

- la degenza media: si misura come rapporto tra il numero totale di giornate di degenza erogate (GD) ed il numero di dimessi in un dato intervallo temporale, solitamente in un anno (D): GD/D .
- l'indice di occupazione: indica la percentuale media di posti letto utilizzati nella struttura e si calcola dividendo le giornate totali di degenza per le giornate di degenza che teoricamente si cumulerebbero se tutti i posti letti fossero occupati per l'intero periodo di riferimento. Questo "valore teorico", a sua volta, si determina moltiplicando il numero dei posti letto per il numero di giorni di cui si compone l'intervallo temporale considerato (30 o 365 giorni a seconda che si tratti di un mese o di un anno) ($GD/PL \times 365$). Sono considerati ottimali valori dell'indice di occupazione compresi fra il 75 e il 95%. Valori superiori al 100% sono indicativi della presenza di posti aggiunti (barelle).

- l'indice di rotazione del posto letto: indica il numero di ricoveri effettuati per ciascun posto letto in un dato tempo e si calcola come rapporto tra il numero di dimessi ed il numero di posti letto (D/PL).
- l'indice di *turn over*: misura quanto tempo mediamente trascorre tra la liberazione di un posto letto e la sua successiva riutilizzazione e si calcola dividendo la differenza tra giornate di degenza teoriche ed effettive [(PLx365) - GD] per il numero di dimessi dalla struttura in un dato intervallo di tempo: [(PLx365) - GD]/D.
- il peso medio dei DRG: descrive la complessità media dei ricoveri della struttura e si calcola moltiplicando il peso relativo di ciascun DRG per il numero di ricoveri effettuati in un anno per quel DRG nella struttura considerata. I valori ottenuti vengono poi sommati e la somma ottenuta divisa per il numero totale dei dimessi.

Gli indicatori riferiti all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, monitorati nell'ambito del PNE e riportati nella griglia del Nuovo Sistema di Garanzia e negli allegati A) e B) della DGRC n. 365/2019, sono stati selezionati per ciascuna struttura in relazione al suo case mix specifico.

TABELLA 2: PRINCIPALI INDICATORI MINISTERIALI RIFERITI ALL'EROGAZIONE DEI LEA
% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC
% Day Hospital medico con finalità diagnostica
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
% pazienti dimessi con DRG di tipo medico da reparti chirurgici
Ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite
Ricoveri ordinari in età adulta per BPCO, diabete e scompenso cardiaco
Proporzione di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero
Rapporto ARI/non ARI in regime ordinario
Ricoveri ordinari medici oltre soglia tra gli anziani
Percentuale di ricoveri ordinari per riabilitazione con degenza oltre soglia
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Day Surgery o ricovero ordinario di 0-1 giorno
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 giorni
% fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
% interventi di protesi d'anca e di ginocchio eseguiti entro 60 giorni dal ricovero

Per il calcolo dei suddetti indicatori sono state utilizzate le schede esplicative redatte per ciascun indicatore dal Sistema di Verifica dell'Agenas nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (PNE)

Come per il 2021, gli obiettivi in materia di trasparenza - ovvero l'obbligo per tutti i dirigenti di UOC di elaborare e pubblicare i dati di competenza nella sezione "Amministrazione Trasparente", come dettagliati nell'allegato del PTPCT - saranno monitorati attraverso la piattaforma LAPIS .

Gli obiettivi in materia di anticorruzione – ovvero obbligo per tutti i dirigenti di UOC di contribuire al processo di definizione ed implementazione delle misure anticorruzione – saranno assolti attraverso la partecipazione/riscontro alle sessioni di audit. L'obbligo sarà monitorato attraverso le schede di monitoraggio, a cura del RPCT.

I suddetti obiettivi, sono riferibili esclusivamente ai Direttori di struttura come individuati nel PTPCT vigente (AREA APT, DD.MM.OO. e Farmacie)

Gli obiettivi inerenti la sicurezza sul lavoro saranno valutati in base alle attestazioni fornite dal Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione. Gli indicatori saranno progressivi in base al raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto attiene agli obiettivi legati alla riduzione del Rischio Clinico, l'orizzonte temporale è necessariamente esteso sul triennio e prevede una fase iniziale di mappatura dei processi, di definizione delle procedure e della loro implementazione presso il personale tutto, includendo la categoria dei dirigenti medici e sanitari, oltre che al personale di comparto sanitario e dei restanti ruoli. Nel corso del 2022 la azione prioritaria è declinata attraverso il miglioramento dell'uso pervasivo del software di gestione del rischio *Talete Web*, installato presso tutti i reparti dei tre Ospedali ed al cui utilizzo andrà ulteriormente formato il personale assegnato a ciascuna Unità Operativa, prescindendo da ruoli e mansioni, seppur nel rispetto di adeguata profilazione che garantisca l'aspetto della tutela della *privacy*.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi verrà effettuata dalla Responsabile della UOS di Monitoraggio ed organizzazione dei percorsi di cura e del Rischio clinico, incardinata nella Direzione Sanitaria Aziendale. Gli indicatori saranno progressivi in base al livello di raggiungimento degli obiettivi.

2.2.10.5 Obiettivi Individuali legati alla progettualità del comparto

Come indicato in precedenza, sono stati formalizzati per l'anno 2022 cinque progetti relativi al personale di comparto dell'Azienda, oggetto di negoziazione tra la Delegazione Trattante e la rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), così come da verbale del 16/03/2021. Per l'anno 2022, si è pervenuti ad una rivisitazione delle progettualità finanziate con i fondi contrattuali ed alla predisposizione di cinque macro progetti, redatti secondo criteri che garantiscono la tracciabilità degli stessi e che prevedono l'inserimento di tutto il personale del comparto impegnato nei tre presidi aziendali. Nell'ambito di ciascun progetto, è garantito il pari trattamento economico del personale e la determinazione di specifici obiettivi con relativi criteri di misurazione e valutazione. In base a quanto concordato tra la Direzione Strategica e le OO.SS. ciascun progetto è caratterizzato da un proponente, da un valutatore, dall'elenco del personale afferente comprensivo di matricola, dalla declaratoria dell'obiettivo e delle azioni da sottoporre a verifica. I progetti verranno comunque articolati per Unità Operativa, comprendendo quindi per transitività i dipendenti ad essa assegnati. I nuovi progetti sostituiscono quelli in essere ante 2021 e le somme legate alla produttività saranno corrisposte mensilmente con una quota di acconto. Semestralmente verrà effettuata la verifica da parte del responsabile di ciascun progetto e se positiva, darà luogo alla corresponsione del saldo semestrale. I progetti hanno durata annuale e vanno confermati o rivalutati alla scadenza. Per completare il percorso di trasparenza, tracciabilità ed equità, nel caso in cui un dipendente venisse trasferito da una Unità Operativa ad un'altra, lo stesso dipendente resterà nel progetto di partenza se la nuova UO afferisce allo stesso, mentre parteciperà al progetto previsto per la nuova UO di destinazione se differente.

La trattativa tra le parti ha consolidato quanto in essere negli anni precedenti in merito alla voce stipendiale **191 "Acc. Incentivazione Salvo Conguaglio"** che rappresenta la quota incentivante per il comparto relativa alla **performance organizzativa**, da erogarsi nei modi e nei termini già storicizzati, ovvero differenziata per qualifica e fascia;

In considerazione del perdurare dello stato emergenziale, i progetti definiti per l'anno 2021 sono stati sostanzialmente riproposti e risultano quindi:

- 1) Umanizzazione COVID -19, che coinvolge tutte le strutture presenti nell'Ospedale Cotugno e Monaldi impegnati in ambito COVID e proposto dal Direttore della UOC URP
- 2) Umanizzazione e Comfort alberghiero Ospedali Monaldi (escluso le unità COVID) e CTO, che coinvolge tutte le UO presenti nei due plessi e proposto dal Direttore della UOC URP
- 3) Supporto COVID Area Laboratori, afferente all'area delle diagnostiche e della UOC Medicina trasfusionale, proposto dal Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari
- 4) Supporto COVID, afferente alle UO amministrative tecniche e proposto dal Direttore Amministrativo
- 5) Medicina del Lavoro e Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa per l'anno 2021, proposto dal Direttore Sanitario Aziendale

Collegati alle indispensabili azioni di contrasto per la pandemia in atto di virus SARS-Covid, nel corso del 2022 potranno essere identificati ulteriori progetti specifici considerati strategici dall'Azienda e meritevoli di approvazione. Per assicurare la congruità dei fondi aziendali destinati all'istituto della progettualità di comparto, il totale dei progetti afferenti a tale ultima area non potrà superare quanto residua dal fondo, una volta sottratto il totale di quanto destinato alla corresponsione della citata voce 191 ed il totale delle progettualità dei cinque progetti precedentemente esplicitati;

Per garantire la necessaria tracciabilità, la UOC Gestione Risorse Umane provvederà mensilmente, come già attuato nel 2021, ad adottare una **Determina Dirigenziale** attestante per ciascun progetto la puntuale composizione dei partecipanti a ciascun progetto, completa di matricola, nome, cognome, unità di afferenza.

2.2.10.6 La negoziazione di Budget

In continuità con il passato, anche l'attuale *management* dell'Azienda dei Colli ritiene che l'adozione del processo di condivisione, implementazione e capillare diffusione del processo di negoziazione e verifica degli obiettivi di *budget* sia il principale strumento attraverso il quale realizzare il coordinamento tra le differenti Unità Operative di cui è composta l'azienda stessa.

La metodologia budgetaria rappresenta inoltre il collegamento funzionale tra i differenti livelli decisionali che determinano l'operatività reale delle attività.

Come per i Sistemi Informativi, tale strumento è declinato in ogni prospettiva strategica perché è un potente mezzo per garantire visibilità alla unitarietà delle azioni intraprese, di volta in volta con ricadute sulle differenti prospettive specifiche. In aggiunta, il *feedback* ricevuto dallo scostamento tra obiettivi e Azienda durante le verifiche infra annuali rappresenta una preziosa informativa della realtà aziendale.

A causa della pandemia ancora in atto, nel 2021 non è stato possibile realizzare il ciclo della Performance secondo le modalità utilizzate fino al 2019.

Nel corso dell'anno 2021 non sono stati sviluppati ulteriori strumenti di verifica dei dati sui quali è basato il controllo degli obiettivi, principalmente per la necessità di ricostruire l'alimentazione alla piattaforma dati intranet SPAGO-BI attraverso i dati provenienti dall'ambiente SAP e non dal precedente sistema integrato.

Al temine dell'annualità, comunque, la valorizzazione economica è stata oggetto di confronto puntuale tra le UO di controllo e quelle che consumano le risorse, creando in tal modo un clima di fiducia nella qualità dei dati esposti nella reportistica e nelle modalità di rendicontazione. In particolare, è verificato con i responsabili delle UOC e delle UOSD che i processi di calcolo e rendicontazione sono trasparenti, verificabili e condivisi da tutti gli attori che agiscono in Azienda.

Per quanto riguarda gli obiettivi, si è proseguito nella consuetudine di rivedere il panel definito negli anni trascorsi, eliminando obiettivi i cui risultati potevano considerarsi consolidati e per i quali non era più strategica la riproposizione, aggiungendone di nuovi ed attuali.

Tra gli obiettivi sostanzialmente confermati ve ne sono alcuni comuni a tutti (per es. la corretta codifica e gestione del flusso SDO e dei flussi informativi obbligatori ministeriali e regionali) ed altri specifici, con particolare riguardo all'appropriatezza. Come di consuetudine, si è fatto riferimento agli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari e Regionali (AGENAS). Oltre alle schede di budget per Dipartimento e per UO, a ciascun Dirigente è stata consegnata una scheda individuale da sottoscrivere comprensivi anche del personale dirigenziale apicale universitario della Università della Campania Luigi Vanvitelli e della Università di Napoli Federico II allocato presso le UU.00. Aziendali.

Per l'anno 2021, sebbene la pandemia obbligasse ancora a preferire il distanziamento sociale, per quanto possibile, si è ripristinato il percorso di negoziazione e valutazione con la sottoscrizione di schede individuali. Tuttavia, l'adozione di misure di distanziamento e la necessità di non distogliere gli operatori sanitari dal compito primario di contrasto alla pandemia, hanno imposto un rallentamento delle attività di negoziazione, che si sono comunque concluse con la sottoscrizione delle schede da parte di ciascun dirigente. Le attività di valutazione per l'anno 2021 troveranno avvio nel mese di febbraio 2022.

Per l'anno 2022, in considerazione dell'attuale mitigazione della pandemia, la Direzione Aziendale ha ritenuto possibile tornare ad adottare il presente piano della performance, seppur con mitigazioni legate all'evoluzione che l'epidemia globale manifesterà nei mesi seguenti.

Tanto premesso, si è quindi provveduto a scomporre e declinare gli obiettivi strategici, individuati a livello dell'intera AORN in recepimento delle linee di indirizzo regionali, per singolo Dipartimento ed Unità Operativa in relazione alla specificità delle prestazioni erogate, ciò al fine di assegnare ai rispettivi responsabili traguardi gestionali ben definiti da raggiungere nel breve periodo (1 anno).

Mediante la negoziazione budgetaria, vengono poi definiti gli obiettivi dei singoli dirigenti, in modo da raccordarsi con quelli dell'unità di afferenza, che deve armonizzarsi con gli obiettivi di Dipartimento, che a loro volta devono essere sinergici con quelli dei restanti Dipartimenti.

Gli obiettivi operativi così individuati, unitamente ai relativi indicatori di risultato ed alle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il loro raggiungimento, sono annualmente condivisi attraverso le riunioni di negoziazione tra il comitato di Budget ed i direttori di Dipartimento ed i direttori delle Unità Operative. Al termine di tali incontri, attraverso la sottoscrizione delle schede di budget Dipartimenti, di Direttore di UO e di singolo dirigente, viene formalmente approvato e recepito un pannello di obiettivi, soglie, indicatori e pesi differenziato per ciascuna delle Unità Operative dell'Azienda, comprese le strutture afferenti al Dipartimento Diagnostico, nonché delle Direzioni Mediche e delle UO di supporto tecnico-amministrativo.

Nell'anno 2022 la metodologia migliorerà le modalità operative introdotte nel 2021 in merito alla valutazione del personale dipendente del comparto. Particolare attenzione è posta inoltre per la misurazione della performance organizzativa e per quella individuale.

Fin dal primo anno di esistenza dell'Azienda, si è avviato il processo di gestione del budget. Inizialmente sperimentale, l'esperienza si può considerare matura già dal 2014, salvo l'introduzione di ulteriori miglioramenti nel corso degli anni successivi, quando man mano sono state rese disponibili tutte le funzionalità complete del nuovo sistema Informativo Aziendale. Il processo di *Budget* avviene attraverso il modello multilivello, definendo una programmazione aziendale, Dipartimentale e di Unità Operativa (Complessa e Dipartimentale), fino a giungere al singolo dipendente.

Tale modello è declinato attraverso numerosi incontri nel corso di ciascuna annualità l'anno, concretizzando la negoziazione di *Budget* sia a livello di Dipartimento, che di Unità Operativa (UOC ed UOSD), sia di singolo dipendente. Il processo fornisce anche una importante leva per il consolidamento del sistema di valutazione dei dirigenti, limitatamente agli aspetti gestionali della valutazione stessa.

È stata definita una modellistica articolata che prevede modelli differenziati a livello di Dipartimento, Unità Operativa complessa o Dipartimentale e di singolo dirigente incardinato in UOC od UOSD. A partire dal 2021 la modellistica prevede anche schede differenziate per il comparto.

Per ciascun livello è prevista una differente scheda per la fase di negoziazione degli obiettivi e per la valutazione. Le informazioni comprendono l'elenco del personale assegnato alla UO, così da permettere la puntuale definizione dei carichi di lavoro e dei costi, sia in sede di negoziazione che di valutazione, evitando, inoltre, contestazioni in merito alla forza lavoro consuntivata nei costi del personale. Il personale è indicato per la sua percentuale di assegnazione, esplicitando quindi l'effettiva presenza media presso ciascuna UO anche nel caso in cui il medesimo dipendente divida la propria attività presso più di una UO.

Il processo di budget prevede che, dopo la fase di negoziazione, condivisione e sottoscrizione degli obiettivi, ciascun valutato venga periodicamente messo in grado di conoscere il proprio grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Tutto ciò richiede, quindi, di un efficiente sistema di raccolta delle informazioni, della loro strutturazione in forma fruibile per lo scopo e della rapida ed effettiva trasmissione della reportistica, con sufficiente garanzia che ciascun destinatario effettivamente riceva la documentazione. In precedenza le comunicazioni inerenti i risultati intermedi degli obiettivi negoziati avevano una cadenza ridotta e la trasmissione della documentazione avveniva tramite commesso, con evidenti disagi anche a causa della molteplicità delle strutture e la distanza tra i tre plessi.

Sin dall'anno 2016 sono stati forniti ulteriori strumenti di verifica dei dati sui quali è basato il controllo degli obiettivi, prevedendo una regolare informazione mensile sia per quanto attiene la dotazione di personale di ciascuna Unità Operativa, sia per quanto riguarda i consumi. Per le attività sanitarie, la rendicontazione era almeno trimestrale. In numerosi casi la valorizzazione economica è stata oggetto di confronto puntuale tra le UO di controllo e quelle che

consumano le risorse, creando in tal modo un clima di fiducia nella qualità dei dati esposti nella reportistica e nelle modalità di rendicontazione. In particolare, è accettato universalmente che i processi di calcolo e rendicontazione sono trasparenti, verificabili e condivisi da tutti gli attori che agiscono in Azienda.

Per quanto riguarda gli obiettivi, il *panel* definito negli anni trascorsi è stato arricchito, incrementando progressivamente la selezione ed eliminando obiettivi i cui risultati potevano considerarsi consolidati e per i quali non era più strategica la riproposizione.

Tra gli obiettivi sostanzialmente confermati ve ne sono alcuni comuni a tutti (p. es. la corretta codifica e gestione del flusso SDO e dei flussi informativi obbligatori ministeriali e regionali) ed altri specifici, con particolare riguardo all'appropriatezza. A tal fine si è fatto riferimento agli indicatori ministeriali messi a punto dal Sistema Nazionale di Verifica Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SIVEAS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari e Regionali (AGENAS).

Oltre alle schede di budget per Dipartimento e per UO, a ciascun Dirigente è stata consegnata una scheda individuale da sottoscrivere (in totale, circa 600). Schede di negoziazione sono previste anche per il personale dirigenziale apicale universitario della Università Vanvitelli e della Federico II, allocato presso le UU.OO. Aziendali come previsto dalla programmazione regionale).

La reportistica a disposizione dei Direttori di UO contiene la comunicazione mensile dei consumi, tuttavia gli stessi possono ottenere analisi maggiormente dettagliate, opportunità effettivamente utilizzata da quasi tutti i responsabili.

Per consentire un quadro informativo migliore, già a partire da settembre 2014 è stata data comunicazione mensile della valorizzazione delle giacenze degli armadietti informatizzati di reparto, in modo da tenere sotto controllo i consumi e responsabilizzare le strutture in merito alla tempestività dei movimenti di carico e scarico dei materiali, soprattutto sanitari ad alto costo, al fine di governare correttamente la variazione delle scorte a chiusura del consuntivo di bilancio. Con l'introduzione del SIAC per un lungo periodo l'informazione relativa alla giacenza dei magazzini informatizzati di reparto non era disponibile, tuttavia recentemente tale funzione è nuovamente in linea e progressivamente si sta provvedendo a ripristinare il collegamento con la piattaforma SPAGO-BI

Tra gli obiettivi di budget per l'anno 2022 sono stati confermati quelli relativi alla diffusione del regolamento anticorruzione e del codice di comportamento, in quanto l'Azienda considera prioritario mantenere elevata l'attenzione su tali tematiche.

Già dal 2017 è stato reso disponibile un innovativo sistema di reportistica, che consente la fruizione diretta dell'analisi dei dati di costo e di produzione da parte di ciascun responsabile di Unità Operativa, in modalità dinamica e parametrica, passando così da reports statici (mere istantanee non navigabili) a interrogazioni modificabili, aggiornate in tempo reale direttamente dall'utilizzatore. Tale piattaforma in modalità *browser* (*intranet* aziendale) è stata sviluppata nell'ambito del precedente contratto relativo al sistema informativo aziendale a cura della UOC Programmazione Valutazione e Controllo, senza alcuna spesa aggiuntiva.

Sempre fin dal 2016 si è iniziato a integrare nelle negoziazioni di budget anche le linee strategiche per ottemperare al piano di efficientamento previsto dal Decreto n. 102 del 29/09/2016 per l'aspetto dell'equilibrio tra valorizzazione delle prestazioni e costi per realizzarle.

Tra gli obiettivi introdotti per il triennio 2022-2024 rilevano quelli inerenti a:

- ripristino della gestione degli armadietti informatizzati di reparto, estendendolo a tutte le U.O. dei tre Ospedali aziendali
- monitoraggio della tempestività della movimentazione di magazzino a seguito dei carichi e scarichi di reparto
- precisa ripartizione dell'attività dei singoli dipendenti sulle diverse linee di attività di ciascuna U.O. (Ricoveri in Regime Ordinario, Ricoveri in Regime di DH/Day Surgery, attività ambulatoriale, UTIC, sale operatorie, ecc.).

Come anticipato, l'utilizzo degli armadietti di reparto presso tutti e tre gli ospedali era stato realizzato entro la fine del 2018, tuttavia nel 2019 l'introduzione del sistema SIAC ha azzerato i progressi conseguiti ed ora (2021) occorre effettuare nuovamente la formazione degli addetti alla procedura sulla nuova piattaforma.

Rimodulando gli obiettivi definiti dalla precedente redazione del presente documento, maggiore peso è stato posto all'equilibrio tra la valorizzazione delle attività prodotte dalle UO di degenza ed i costi delle risorse impiegate per realizzarle, tanto per rispettare la necessità di equilibrio tra costi e ricavi aziendali.

La maggiore *alea* in merito alla qualità e disponibilità dei dati aziendali, sia centralizzati che distribuiti, legata ai tempi della transizione dei sistemi informativi impone un *downgrading* degli obiettivi da negoziare con le UO. Resta chiaro che dal 2022 verrà nuovamente "*alzata l'asticella*" e ripristinati gli *standards* preesistenti. In particolare, la gestione degli armadietti informatizzati di reparto andrà realizzata attraverso l'utilizzo della piattaforma SIAC su tutti i tre ospedali.

L'impatto della pandemia, assoluto per quanto riguarda l'Ospedale Cotugno, ma con riverberi anche sugli altri due ospedali, necessariamente ha avuto come conseguenza l'abbassamento del peso medio dei ricoveri e, di conseguenza, della loro minore valorizzazione economica. Anche di questo è indispensabile tener conto nella fissazione degli obiettivi sanitari e degli obiettivi derivati anno 2022, riparametrando un lieve ribasso relativamente alle soglie ed agli standard a cui tendere per il raggiungimento pieno. Si auspica che dal 2022 l'Azienda avrà assorbito le modifiche introdotte dall'apertura del Pronto Soccorso e dall'adozione del SIAC, oltre che superato la pandemia e che potrà nuovamente tendere a *standard* più elevati.

2.2.10.7 Tabella Obiettivi Strategici e obiettivi sulla valutazione individuale Rinvio

Il dettaglio degli obiettivi è riportato nel Piano della Performance con Deliberazione n. 86/2022 da pag. 95 a pag. 118.

Per quanto non integralmente riportato nella sezione Performance, si rinvia al Piano della Performance adottato con Deliberazione n. 86/2022.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 Premessa

L'Azienda Ospedaliera dei Colli ha adottato con Delibera n. 384 del 22.04.2022 il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza che rappresenta il documento di programmazione per il triennio 2022-2024, delle attività e delle azioni individuate al fine di prevenire fenomeni corruttivi all'interno dell'Azienda. E' redatto in conformità al dettato normativo della Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (cd. legge anticorruzione) e alla disciplina derivata, e nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (PNA) - quale atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza - adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019. Le azioni finalizzate alla compiuta realizzazione della trasparenza dell'attività amministrativa sono definite in base a quanto previsto dal D.lgs. 14 marzo 2013, n 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.

Lo scopo è quello di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e di identificare gli attori di tale attività di prevenzione in un'ottica di responsabilizzazione dell'intera azienda nel processo di gestione del rischio. A tale proposito occorre ricordare che il concetto di corruzione va ben oltre lo specifico reato di corruzione ma coincide con la cd. *maladministration*, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Esso si riferisce, pertanto, ad atti e comportamenti che contrastano con la cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse, inficiando, in tal modo, i concetti di efficacia, efficienza, economicità, trasparenza e pubblicità dell'attività amministrativa, con effetto sull'immagine dell'ente stesso.

L'inserimento del PTPCT nel PIAO consente di garantire il raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale, in particolare, con il Piano della Performance, in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

2.3.2 Obiettivi strategici

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, rappresenta legalmente l'Azienda e ne assicura il perseguimento della missione avvalendosi delle attività degli organismi e delle strutture organizzative. E' responsabile della gestione complessiva dell'Azienda ed è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. In particolare, nell'ambito delle sue funzioni:

- a. Definisce gli **obiettivi strategici** in materia della prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell'art. 1, c. 8 della L. 190/2012, come novellato dall'art. 41 del D.lgs. 97/2016;
- b. Individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT);
- c. Adotta ogni anno, su proposta del RPCT, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT);
- d. Garantisce al RPCT un adeguato supporto mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

In merito al primo punto, in continuità con l'anno 2021, la Direzione strategica con nota prot. n. AOC/0002175/2022, al fine di assicurare maggiori livelli di trasparenza all'interno dell'organizzazione aziendale, mediante un approccio sostenibile, in termini economici/organizzativi, e tenendo conto dell'impatto che la gestione della pandemia da Covid-19 continua ad avere ancora nel 2022, ha formulato i seguenti **obiettivi strategici**:

1. Adeguamento della normativa di cui a alla l. 113/2021 "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle P.A funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" e relativi provvedimenti attuativi;
2. Implementazione ulteriore dei percorsi formativi in materia di trasparenza ed anticorruzione, al fine di innalzare il livello di consapevolezza della Dirigenza e degli operatori;
3. Potenziamento dei processi di informatizzazione dei flussi informativi per alimentare la sottosezione "*Amministrazione Trasparente*";
4. Innalzamento dei livelli di legalità nell'area "Contratti Pubblici", attraverso la definizione di Protocollo di Vigilanza Collaborativa, anche al fine dell'attivazione di protocolli di legalità per l'area contratti pubblici (art.1 comma 17 L. 190/2012).

2.3.3 Analisi del contesto

2.3.3. A) Contesto esterno

Al fine di dare concretezza e sostanza al processo di gestione del rischio della corruzione, appare utile sottolineare, l'importanza dell'analisi del contesto esterno con l'intento di dare indicazioni utili a capire come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Nell'effettuare l'analisi di contesto esterno appare utile considerare sia fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione o ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. La comprensione delle dinamiche del territorio di riferimento e delle pressioni cui la struttura dell'amministrazione può essere sottoposta consentirà di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio. Attraverso questo tipo di analisi si favorisce la predisposizione di un PTPCT contestualizzato e, quindi, potenzialmente più efficace. L'analisi del contesto esterno è lo strumento tramite il quale è possibile ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Amministrazione tenuto conto della specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne.

L'emergenza Covid-19

Prima di entrare nel merito, evidenziando le caratteristiche del contesto nel quale l'Azienda Ospedaliera opera, per favorire l'individuazione degli obiettivi diretti alla prevenzione della corruzione, pare doveroso aprire una breve parentesi sull'emergenza epidemiologica Covid-19 che ha interessato tutto il territorio nazionale dal mese di marzo 2020 e che, con ondate cicliche e di diversa intensità, è tutt'oggi una variabile rilevante.

L'impatto della pandemia ha ridisegnato sia a livello Nazionale che Regionale scenari economici e sociali completamenti nuovi rispetto anche a solo un anno fa.

La pandemia da COVID-19 è una emergenza globale legata alla comparsa di un nuovo virus (SARSCoV-2), già mutato e ancora in mutazione (varianti Omicron e Delta), cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attribuisce tre caratteristiche specifiche:

- Velocità e scala: la malattia si è diffusa rapidamente in tutto il mondo ed è stata in grado di sovraccaricare anche i sistemi sanitari più resilienti;
- Gravità: complessivamente il 20% dei casi è grave/critico con una letalità attualmente superiore al 3% e più elevata in gruppi di popolazione con età più avanzata e affetti da co-morbidity;
- Impatto sociale ed economico: ampie ripercussioni socio-economiche per il forte impatto sui sistemi sanitari e sociali e per l'effetto delle misure prese per controllare la trasmissione.

La SARSCoV-2 dichiarata dall'OMS pandemia, dal 31 dicembre 2019 al 30 gennaio 2022 ha provocato oltre 364 milioni di casi confermati di infezione nel mondo e 5.631.457 decessi. In base ai dati pubblicati dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC), nei Paesi UE/SEE (Unione Europea/Spazio Economico Europeo), si registrano 142.416.613 di casi confermati e 1.765.908 decessi. In Italia sono stati notificati complessivamente circa 11 milioni di casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 e oltre 146 mila i decessi (Istituto Superiore di Sanità. Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia). Dal 31 Gennaio 2020 a tutto oggi, il Consiglio dei Ministri Italiano ha dichiarato lo stato di Emergenza Sanitaria Nazionale. Tuttavia alla data del 31/01/2022 la situazione epidemiologica, soprattutto grazie all'introduzione del piano vaccinale, appare rispetto al precedente anno, meno grave e "più gestibile" sotto il profilo sanitario, abbassando soprattutto il bisogno della terapia intensiva.

Entrando nel merito dell'impatto avuto dal Covid-19 in regione Campania, in una prima fase (Marzo - Settembre 2020), l'andamento epidemico, grazie alle stringenti e tempestive misure impartite dal Governo Regionale è stato più contenuto rispetto a quello di altre Regioni, permettendo così un Governo dell'epidemia meno affannoso.

In questa stessa fase la Regione Campania, ha stanziato 908 milioni di euro ed ha varato il Piano per l'Emergenza Socio Economica, contenente specifiche misure di sostegno a famiglie e imprese campane. L'obiettivo del piano è stato quello di offrire alle fasce più deboli della popolazione e all'apparato produttivo della regione un concreto e celere aiuto per affrontare al meglio le conseguenze di settimane di stop dell'attività sociale e lavorativa.

Il 27 dicembre 2021 è stata avviata in Regione Campania la fase I del piano vaccinale con la vaccinazione prioritaria degli operatori sanitari e poi della restante popolazione, secondo un ordine di priorità.

Ad inizio 2022 i numeri legati alla pandemia in Campania, anche e soprattutto a causa della nuova variante Omicron, hanno avuto una nuova impennata, sebbene il vaccino ha limitato, non poco, i danni da un punto di vista sanitario, sociale ed economico.

Resta in dubbio che, in un contesto esterno di profonda incertezza, trovano più facilmente consenso organizzazioni criminali, che diventano punto di riferimento per soggetti in forte sofferenza economica. Il Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) del Consiglio d'Europa ha pubblicato delle linee guida rivolte ai suoi 50 Stati membri con l'obiettivo

di prevenire la corruzione nel contesto dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19. La diffusione del COVID-19, infatti, aumenta i rischi di corruzione soprattutto nel settore sanitario che è particolarmente esposto, soprattutto a causa dell'urgente necessità di forniture mediche accompagnata dalla semplificazione delle regole di approvvigionamento, dal sovraffollamento delle strutture sanitarie e dal sovraccarico del personale medico. I rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di "normalità".

L'analisi criminologica.

Nell'edizione 2021 dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI), stilato da "Transparency International Italia" è basato sul livello di corruzione percepita nel settore pubblico in 180 paesi del Mondo, l'Italia guadagna 3 punti rispetto allo scorso anno, compiendo così un balzo in avanti di 10 posizioni. Il CPI 2021 posizione dunque l'Italia al 42esimo posto generale e al 17esimo posto dei 27 paesi europei, con un punteggio di 56/100 (53/100 lo scorso anno)

Grafico 1-Andamento CPI in Italia dal 2012 al 2021¹



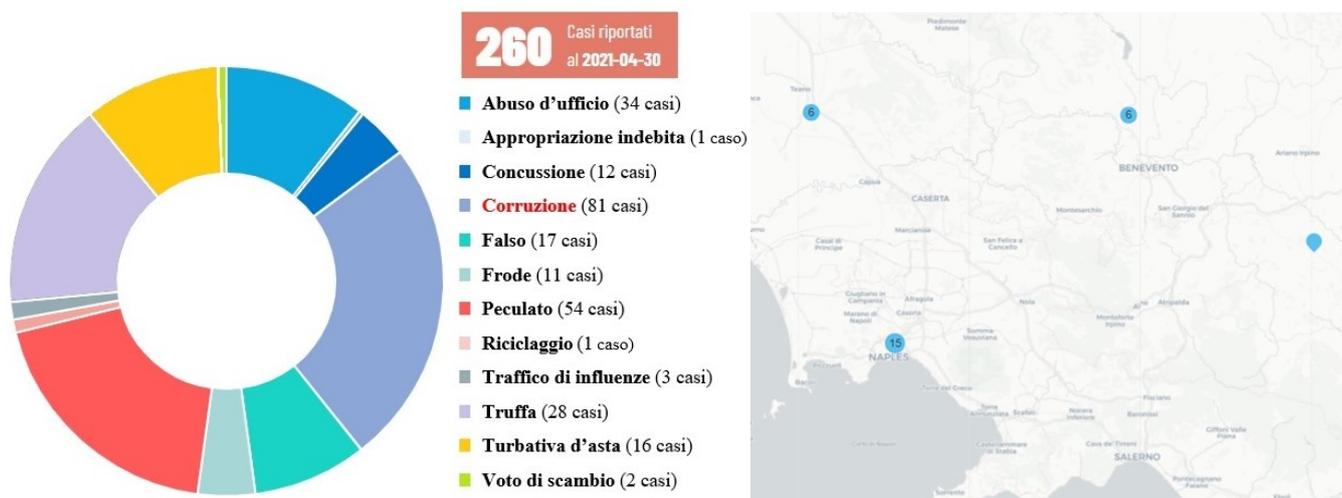
Sebbene il miglioramento dell'indice di percezione di cui sopra, a livello nazionale, le informazioni raccolte dall'Autorità evidenziano comunque uno scenario critico, relativo a tutte le tipologie di reato nel settore sanitario (v. grafico 2). Fermo restando, infatti, la difficoltà strutturale di individuare con esattezza le dimensioni effettive della corruzione, gli elementi tratti dalle indagini penali possono comunque fornire importanti indicazioni riguardo la fenomenologia riscontrata in concreto e i fattori che ne agevolano la diffusione, favorendo l'elaborazione di indici sintomatici di possibili comportamenti corruttivi.

All'interno delle aziende sanitarie si verificano sia illeciti tipici anche di altre pubbliche amministrazioni, sia situazioni molto specifiche riferibili al contesto medico. Le ragioni all'alto numero di illeciti, registrato nel comparto sanitario, sono da cercare nella complessità ed estensione delle strutture, l'elevato numero del personale e l'esteso bacino d'utenza. Tra le tipologie di illeciti segnalati i più ricorrenti sono: casi relativi a nomine irregolari, "mala gestione" di reparti ospedalieri o strutture distaccate, irregolarità negli appalti, casi di "malasanità", casi relativi ai c.d. "furbetti del cartellino", sponsorizzazioni farmaceutiche irregolari, false invalidità, scambi di favori tra un ente sanitario e un'azienda privata.

Grafico 2 - Tipologia dei reati nel settore sanitario²

¹ Grafico 1- Andamento della Percezione della Corruzione (CPI) in Italia dal 2012 al 2021, in [transparency.it](https://www.transparency.it), <https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione>

²Grafico 2: Mappiamo la corruzione. I casi di corruzione riportati dai media italiani, in <https://www.transparency.it/mappa>



Dal diagramma sopra riportato si rilevano 260 casi di reati legati al settore sanitario in Italia, di cui, come mostra la mappa, oltre il 10 % in regione Campania e precisamente n. 28, di cui 15 a Napoli, 6 a Caserta, 6 a Benevento e 1 Avellino.

Tenendo conto pertanto della congiuntura economica generale degli ultimi anni, senza per questo attribuire di per sé una correlazione tra i fenomeni, si sono evidenziati virulenti manifestazioni di illegalità, che si traducono anche in reati contro la P.A., in diversi casi correlati alla presenza di forme di criminalità organizzata, per cui anche la fase di rilancio del Paese richiede la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione, affinché gli impegni presi per la digitalizzazione, l'innovazione, la transizione ecologica, la sanità e le infrastrutture possano trovare piena realizzazione, creando nuove opportunità.

In tale contesto, appare sicuramente, come ulteriore elemento di rischio, se non accompagnato da una valida attività di programmazione, utilizzo e rendicontazione, l'arrivo delle risorse destinate alla Sanità Campana, nel suo complesso, dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza a cui sono destinati 15,63 miliardi dei 235 totali. La missione 6 rinominata "Salute" è focalizzata su due obiettivi:

1. Rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Regionale (SSN), il Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della Telemedicina (7 miliardi di stanziamento);
2. Sostenere l'innovazione, la ricerca biomedica-sanitaria e la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (8 miliardi e 63 milioni di stanziamento).

Secondo la proposta di riparto regionale dei fondi relativi al PNRR e al Piano complementare del Ministero della Salute, in base alle disposizioni di cui al decreto MEF del 6 agosto 2021, alla Campania spettano circa 888 milioni di euro, pari all'11% dei primi 8 mld stanziati rispetto ai 15,63 totali previsti per l'intera realizzazione della Missione 6, seconda solo alla Lombardia (1,22 mld di euro).

L'analisi territoriale e socio economica.

La popolazione residente in Campania, che è risultata in costante aumento sino al 2014, negli ultimi anni (2019-2021) come rilevano i dati ISTAT (residenti 5.624.260)³ ha subito una diminuzione rispetto al 2019 con una riduzione pari al 2,33 % (-134.026). Nonostante tale diminuzione, la sanità continua a rappresentare la principale destinazione della spesa primaria corrente della regione. I dati forniti dal Ministero della Salute segnalano, in Campania per il 2020, una crescita dei costi del servizio sanitario regionale del 3,6 % rispetto all'anno precedente. Tale andamento riflette le spese legate all'emergenza sanitaria, pur in presenza di una contrazione del costo delle attività ospedaliere, sospese o rinviate, in quanto non direttamente collegate con il Covid-19. La spesa per il personale, principale componente di costo della gestione diretta, è cresciuta del 3,3 %, anche per il rafforzamento dell'organico. Il personale delle strutture sanitarie campane (pubbliche, equiparate e private convenzionate) si è ampliato di oltre 5.300 unità (con un incremento di 9 addetti ogni 10.000 abitanti, inferiore ai 10 della media italiana), attraverso il ricorso prevalente di contratti di lavoro a termine (circa due terzi del totale). Circa la metà del nuovo personale è rappresentato da infermieri, un quarto da medici. In rapporto alla popolazione, la dotazione di personale sanitario in regione rimane, comunque, significativamente inferiore a quella italiana (circa 96 addetti contro 136 addetti ogni 10.000 abitanti a fine 2019). Un analogo divario si riscontra anche in altre dimensioni dell'offerta pubblica di servizi sanitari difatti, nel 2018 i posti letto in strutture ospedaliere campane (pubbliche o equiparate) erano 2,1 ogni 100.000 residenti, una dotazione sostanzialmente in linea con il Mezzogiorno, ma di un terzo inferiore all'offerta nel Centro-Nord.

L'emergenza Covid-19 ha inoltre messo in luce alcune criticità della organizzazione dell'assistenza sanitaria che,

³ ISTAT, *Bilancio della popolazione residente*, in dati.istat.it

soprattutto per le patologie croniche, potrebbe essere meglio soddisfatta potenziando quella territoriale.

I dati forniti dalla Relazione di Banca D'Italia sull'Economia delle Regioni Italiane nel 2021, mostrano chiaramente come la pandemia, che ha colpito l'economia mondiale nel corso del 2021, ha comportato ulteriori effetti negativi sull'intero sistema economico campano. Secondo l'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, nel 2020 vi è stata una diminuzione dell'8,2 % dell'attività economica, un calo lievemente meno marcato della media nazionale. La dinamica infra annuale segnala come il calo dell'attività economica è stata molto intensa nel secondo trimestre, per poi attenuarsi notevolmente in quelli successivi, in particolare nei mesi estivi.

Il calo dell'occupazione in Campania, già in atto nel biennio 2018-2019, si è intensificato durante il 2020, nonostante il notevole ricorso alla Cassa integrazione guadagni, risultando maggiore di quello osservato in Italia. La flessione si è concentrata nel settore dei servizi, specie quelli del commercio, della ristorazione e alberghieri, che hanno risentito dello sfavorevole andamento del turismo internazionale e nei quali trovano maggiore diffusione i contratti a tempo determinato. Nonostante il calo dei livelli occupazionali, il tasso di disoccupazione è diminuito, risentendo della forte crescita di coloro che non cercano lavoro in quanto scoraggiati. Le restrizioni alla mobilità e il peggioramento delle possibilità di trovare un nuovo impiego hanno scoraggiato la partecipazione al mercato del lavoro. Nel 2020 il calo degli occupati e delle persone in cerca di occupazione (-14,4 %) ha ampliato il numero degli inattivi, riducendo le forze di lavoro a livello Regionale del 4,4 %. In particolare, il tasso di attività della popolazione tra i 15 e i 64 anni e il tasso di disoccupazione sono diminuiti rispettivamente al 50,0 % (dal 52,2) e al 17,9 % (dal 20,0). Il numero di domande di sussidio di disoccupazione (nuova assicurazione sociale per l'impiego, NASpI) è diminuito del 7,4 %, (-3,5 in Italia). Su tale dato ha influito la riduzione delle cessazioni di rapporti di lavoro dipendente, riconducibile al blocco dei licenziamenti e, nella seconda parte dell'anno, al minor numero di rapporti stagionali e a termine in scadenza dovuti al precedente calo delle attivazioni per tali tipologie contrattuali. Le sospensioni o riduzioni delle attività lavorative causate dall'emergenza sanitaria hanno ingenerato un numero consistente di richieste di interventi attraverso la Cassa integrazione guadagni (CIG) e i fondi di solidarietà: nel 2020 le ore autorizzate sono state oltre dieci volte quelle dell'anno precedente. Gli interventi per la CIG di emergenza con causale Covid-19 hanno infatti consentito di estendere le tutele a categorie non raggiunte dagli strumenti ordinari e di alleviare notevolmente il costo per le aziende. Il ricorso allo strumento è stato estremamente ampio a partire da marzo, si è poi ridotto nei mesi estivi ed è tornato a crescere in autunno e nei primi quattro mesi del 2021.

La forte crescita del fabbisogno di liquidità delle imprese, indotta dall'emergenza sanitaria, si è riflessa in una ripresa marcata della domanda di credito che le banche hanno assecondato, favorite dal rafforzamento degli schemi di garanzia pubblica e da una politica monetaria ampiamente espansiva. Il credito alle imprese, che si era contratto nel 2019, ha accelerato in misura ampia, tornando a crescere a ritmi sostenuti nel 2020 e nel 2021. Nel corso del 2020 però gli indicatori sulla rischiosità dei prestiti di banche e società finanziarie erogati alla clientela residente in Campania si sono mantenuti su valori storicamente bassi, beneficiando delle misure di sostegno ai redditi delle famiglie e all'attività d'impresa, delle moratorie e delle garanzie pubbliche, nonché della flessibilità delle regole di classificazione dei finanziamenti. Nel primo semestre del 2021 i livelli degli indicatori sono rimasti prossimi a quelli di fine anno.

Conclusioni

Da quanto sopra esposto, si rileva che, nonostante sia aumentato il livello di percezione della corruzione a livello nazionale, la crisi conseguente alla pandemia ha messo in risalto, in tutta la sua drammaticità, i nodi ancora irrisolti del modello di sviluppo del Paese. Quest'ultimo modello, negli anni, ha causato fragilità fragilità che riguardano l'intero territorio e, nelle regioni più deboli, tra cui rientra la Campania, ha dato luogo a vere e proprie emergenze sociali, facendo emergere un divario nella cittadinanza (intesa come accesso a diritti essenziali come lavoro, salute, istruzione, assistenza), minando la stessa unità nazionale e la fiducia nelle istituzioni, indebolendo così ulteriormente le possibilità di ripresa.

Il contesto in cui l'Azienda dei Colli, nello specifico, opera continua a soffrire di gravi carenze strutturali nell'offerta di opportunità e di servizi, che si riverberano sul tasso culturale e di conoscenze della popolazione e dunque anche sulla capacità della Regione di innovare e sviluppare il proprio contesto socioeconomico, dando spazio spesso allo sviluppo di sistemi alternativi e/o paralleli alle istituzioni.

2.3.3. B) Contesto interno

L'analisi "corruttiva" interna.

Per quanto riguarda specificamente il profilo corruttivo "interno" si precisa che nessuna segnalazione è pervenuta tramite il canale del whistleblowing. Nulla è stato altresì segnalato dal competente Ufficio Legale circa eventuali denunce per reati di corruzione e procedimenti penali, conclusi o pendenti, per i medesimi reati.

Per quanto riguarda i procedimenti disciplinari, relativi all'anno 2021, l'UPD riferisce di aver ricevuto complessivamente n. 10 segnalazioni, di cui nr. 2 archiviate, nr. 2 con accertamento e sanzione e nr. 3 non ancora concluse. Si segnalano inoltre nr. 3 procedimenti disciplinari sospesi dall'UPD in attesa di determinazioni da parte dell'Autorità giudiziaria, in quanto, nel corso del 2021, sono state applicate, nei confronti di alcuni dipendenti, misure cautelari, nel corso di indagini preliminari

sebbene per fatti presumibilmente commessi nel 2018. A seguito di una maxi operazione condotta dalla DDA di Napoli e della polizia di Stato in data 22.10.2021, infatti, sono emersi eventi corruttivi che hanno riguardato, fra gli altri, soggetti che rivestono il ruolo di soci della GE.ME.A.R.P. S.r.l. e di amministratore unico della Bamar Italia S.r.l e, come da notizie apprese anche a mezzo stampa, dipendenti a tempo indeterminato presso l'AO dei Colli. I fatti contestati, commessi tra marzo e luglio 2018, nello specifico riguardano l'affidamento della gestione del servizio di "Bar-Posto ristoro" e del servizio "Distribuzione automatica di bevande, snack, acqua, bibite", disposti da questa azienda con deliberazione n. 479 del 12.06.2020 e il cui provvedimento di revoca è avvenuto con deliberazione n. 917 del 26.10.2021. Da quanto è emerso dalle indagini la suddetta ditta affidataria del servizio "Bar-Posto ristoro" con l'ausilio dei funzionari dell'azienda Ospedaliera sarebbe riuscita ad alterare in fase di gara la documentazione di gara. Nel PTPCT 2021 al fine di garantire l'integrità della documentazione proveniente dai partecipanti, nonché la tracciabilità del relativo flusso, era già previsto lo svolgimento delle gare mediante le Piattaforme digitali del MEPA e SIAPS, per cui le procedure che non si svolgono mediante piattaforme digitali sono limitate ed il flusso documentale avviene comunque tramite PEC, al fine di garantirne la tracciabilità e la conservazione. Sul punto si segnala che l'Azienda ha prontamente attivato una vigilanza collaborativa con l'ANAC ai sensi dell'art. 213, c. 3, lett. c) del Codice Appalti.

L'emergenza COVID

L'Azienda Ospedaliera dei Colli per far fronte alla crisi epidemiologica iniziata nel 2020 è stata costretta ad un'inevitabile riconversione della programmazione sanitaria che si è dovuta adeguare per fronteggiare l'emergenza mediante la definizione di un piano di fabbisogni, in termini di acquisizione di personale, di beni (DPI in primis), farmaci, attrezzature (es. ventilatori polmonari), di servizi (es. sanificazione, pulizie) e di effettuazione di lavori (si pensi alla dotazione di posti letto di terapie intensive che necessitano per la loro implementazione di interventi strutturali e tecnologici).

Le misure adottate dall'Azienda Ospedaliera dei Colli finalizzate al contenimento e alla gestione dell'emergenza epidemiologica sono sinteticamente rappresentate nei punti che seguono.

- **Costituzione Unità di crisi aziendale e del Dipartimento Funzionale Straordinario per l'Emergenza Covid - 19 e per l'integrazione delle attività pneumologiche.**

Con delibera del Direttore Generale n.180 del 06/03/2020 in data 06/03/2020, è stata istituita una Unità di Crisi Aziendale con lo scopo prioritario di provvedere ad una rilettura complessiva degli assetti aziendali, alla rivalutazione e all'aggiornamento dell'organizzazione dei processi, dei percorsi e delle procedure operative, anche riguardo alle previsioni di cui al D.lgs. 81/2008 e ss.mm.ii. L'Unità di crisi aziendale ha consentito all'Azienda dei Colli di assumere decisioni tempestive e coordinate, mantenendo gradi di flessibilità organizzativa necessari a fornire una tempestiva risposta all'emergenza pandemica.

Nell'Area Sanitaria invece è importante segnalare che con deliberazione n. 921 del 18.11.2020 è stato istituito il Dipartimento Funzionale per l'Emergenza le cui funzioni sono principalmente: il coordinamento delle diverse attività Covid aziendali, la gestione delle eventuali necessità di variazione degli assetti - coerentemente con le eventuali variazioni della situazione pandemica e delle indicazioni nazionali e regionali - la predisposizione e l'implementazione di protocolli clinici ed operativi; la reportistica periodica, le relazioni con la Direzione Strategica, anche nell'ambito del Collegio di Direzione. L'istituzione del Dipartimento suindicato si inserisce nell'ambito delle misure adottate in via straordinaria dall'A.O. dei Colli al fine di migliorare la capacità di quest'Azienda di fronteggiare la grave situazione pandemica in atto.

- **Assunzioni straordinarie.**

La decretazione d'urgenza (D.L. 9.3.2020 n. 14, D.L. 17.3.2020 n. 18), emanata per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza Covid-19, ha previsto modalità eccezionali di reclutamento del personale sanitario, a volte anche in deroga a norme vigenti, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nel rispetto dei L.E.A. e ad assicurare l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e subintensiva per la cura dei pazienti affetti dal virus. Nello specifico è stata prevista, in caso di indisponibilità di graduatorie concorsuali, la possibilità di conferire incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie ed agli operatori socio - sanitari, previo avviso pubblico, anche solo per titoli, con forme di pubblicità semplificata. E' stata, inoltre, disciplinata la possibilità di reclutare personale delle professioni sanitarie, O.S.S. e medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa.

- **Rimodulazione/riconversione dell'attività sanitaria**

L'epidemia COVID-19 ha delineato uno scenario caratterizzato da incertezza e imprevedibilità per il quale è stato necessario rivedere modelli organizzativi e modalità di lavoro. Nella prima fase pandemica è stato pertanto indispensabile non solo ricondurre strutture e risorse verso l'assistenza ai pazienti con infezione da COVID-19, ma anche mettere in atto misure di contenimento dell'epidemia stessa riducendo o sospendendo gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili. Come richiesto dall'Unità di Crisi Regionale, l'Azienda Ospedaliera dei Colli ha disposto:

- la sospensione di tutte le attività chirurgiche di elezione, fatti salvi gli interventi chirurgici oncologici ovvero gli interventi chirurgici in emergenza-urgenza;
- la sospensione di tutte le attività ambulatoriali programmate, fatta eccezione per le attività ambulatoriali urgenti e per quelle onco-ematologiche, chemioterapiche, di dialisi e radioterapia;
- la sospensione di l'attività libero-professionale in regime di intramoenia per tutti gli asset assistenziali;

- l'aumento dei posti letto, tra terapia intensiva e sub-intensiva.

- **Acquisizione Donazioni**

L'emergenza ha coinvolto, a partire dalla fine del mese di marzo 2020, tutte le strutture sanitarie ed evidenziato l'esigenza di reperire urgentemente dispositivi e macchinari necessari a salvaguardare la salute degli operatori sanitari e a creare in breve tempo reparti strutturati e sicuri per fornire le indispensabili cure ai pazienti.

Fin dai primi giorni della pandemia l'Azienda è stata beneficiaria di numerose donazioni, sia in denaro che sotto forma di dispositivi e macchinari, da parte di cittadini, associazioni e imprese, a valle delle quali sono stati adottati provvedimenti ricognitivi, anche tenendo conto della circostanza, per la quale, essendo pervenute molte donazioni in denaro, prima dell'approvazione del D.L. 17.03.2020, n. 18, convertito nella L. 24.04.2020, n. 27, il cui art. 99 prevedeva l'apertura di un conto corrente, tutto è confluito sul conto di tesoreria aziendale.

Il fenomeno, molto forte nel 2020, si è ridotto nel 2021, in cui spiccano le donazioni ricevute da Fideuram Intesa Sanpaolo Private Banking Spa e da Intesa Sanpaolo SPA. Particolare attenzione è stata data nel 2021 alla rendicontazione delle donazioni in denaro, accettate nel corso del 2020, e rendicontate, in gran parte, secondo lo schema pubblicato da ANAC e pubblicate sul sito istituzionale.

Conclusioni

Da quanto detto si prospetta l'esigenza di orientare le attività sulla programmazione, anche di lungo periodo, in un'ottica di superamento dello stato emergenziale, verso obiettivi di miglioramento dei procedimenti amministrativi e dei processi assistenziali in un'ottica complessiva di maggiore efficacia, efficienza nella gestione delle risorse ed accessibilità ai servizi. Fondamentale sarà l'andamento della pandemia, per valutare e considerare l'impatto di sostenibilità degli interventi. Altresì importante è superare i vincoli organizzativi dovuti sia alla carenza di risorse umane, ovvero di personale qualificato, che alle criticità connesse all'integrazione dei sistemi informativi ed allo sfioramento dei vincoli di finanza pubblica emersi nell'esercizio concluso.

Il processo di miglioramento continuo va pertanto inserito in una complessiva strategia di sviluppo organizzativo, culturale e professionale in cui risulta fondamentale anche il potenziamento dei meccanismi di formazione a trecentosessanta gradi.

Al fine di dare una completa rappresentazione della struttura organizzativa, finalizzata a far emergere da un lato il sistema delle responsabilità, dall'altro il livello di complessità dell'amministrazione, si riporta in allegato l'organigramma aziendale, quale rappresentazione grafica sintetica del modello organizzativo dipartimentale dei tre presidi, aggiornato a febbraio 2022 ed allegato al Piano della Performance approvato con delibera 86/2022.

2.3.4 Mappatura dei processi

La "mappatura dei processi" rappresenta lo sviluppo di dettaglio e l'approfondimento analitico della struttura organizzativa nel suo complesso. Essa consente di esplicitare "chi", "come" e "quando" presidia le attività, finalizzate alla produzione di output rivolti ad utenti esterni e/o interni alla macchina amministrativa, al fine di accrescere il valore pubblico prodotto dall'azienda.

Nel corrente anno si è continuato ad aggiornare la mappatura dei processi preesistenti, già ampiamente arricchita nel 2021 (v. prospetto in calce) attraverso incontri finalizzati svolti con i principali Responsabili. Funzionale in tal senso è stato l'apporto del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", che ha erogato attività seminariali con gruppi ristretti di interlocutori. Le suddette attività hanno potenziato gli strumenti conoscitivi per procedere ad un aggiornamento della mappatura, propedeutica ad una rivalutazione del rischio in termini qualitativi.

Dal punto di vista metodologico:

- 1) sono stati sottoposti ai Direttori/responsabili, già individuati nei piani precedenti, cataloghi più analitici dei processi elaborati secondo le indicazioni dell'ANAC e le comparazioni con realtà analoghe;
- 2) è stato proposto il censimento di processi e rischi ulteriori, individuati anche a valle di segnalazione esterne, sebbene non sempre organicamente strutturate in una veste giuridica precisa;
- 3) sono stati catalogati i fattori abilitanti al rischio;
- 4) è stato definito, in termini qualitativi il livello di rischio, mediante la rilevazione degli indicatori analiticamente riportati nel paragrafo seguente e condivisi con singoli responsabili;
- 5) sono state elaborate ipotesi di misure, catalogate per tipologia;
- 6) i dati sono stati riorganizzati sistematicamente nell'allegato 2 "*Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi - Programmazione delle misure*" previa condivisione/validazione, in sede di monitoraggio, con gli attori sopra individuati.

In linea generale, il documento "Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi – Programmazione delle misure", rappresenta il cuore del Piano e nasce da tutti i contributi che, attraverso un percorso progressivamente più organico, sono stati forniti a step, mediante tutti gli strumenti di rilevazione utilizzati (scheda di monitoraggio, sessioni di audit, relazione di audit, formazione e condivisione degli esiti).

Il presente piano contiene pertanto una mappatura dei processi riferibili alle principali attività dell'organizzazione, con un livello di dettaglio riferibile ai "processi" di tutte le "aree di rischio". La tipologia di rappresentazione utilizzata è quella tabellare, per cui per ogni area sono individuati:

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

L'implementazione del percorso di "mappatura" è stata svolta con una forte attività di impulso del RPCT, sebbene la scarsità di risorse a disposizione dello stesso ed il livello di collaborazione dell'intera organizzazione leggermente in aumento, di fatto rallenta le attività. Tenendo conto pertanto delle complessità organizzativa della struttura in generale e delle contingenze specifiche legate al momento storico, nonché delle conoscenze maturate, delle oggettive difficoltà collegate al coinvolgimento dei responsabili delle misure nel processo complessivo di gestione ed implementazione del Piano, nonché della novità della metodologia di analisi, in prospettiva il sistema può e deve ancora crescere.

L'elenco dei processi è riferibile ad aree di rischio, generali e specifiche, come di seguito indicate:

- Aree generali: acquisizione e gestione del personale, incarichi e nomine, contratti pubblici, affari legali e contenzioso, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Aree specifiche per la sanità: attività libero professionale, liste d'attesa, sperimentazioni, farmaceutica e dispositivi, decesso ospedaliero.

Di seguito si riporta in formato tabellare, un confronto tra il numero di processi rilevati, per ogni specifica Area di Rischio, anche nel Piano 2020 e nel Piano 2021, da cui emerge il carattere implementale del **livello di analisi: da n.47 (del 2020) a n. 103 processi della presente programmazione.**

AREA DI RISCHIO	2020	2021	2022
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	2	13	17
INCARICHI E NOMINE	2	3	3
CONTRATTI PUBBLICI	28	31	32
SPERIMENTAZIONI FARMACEUTICA E DISPOSITIVI	3	9	12
LISTE D'ATTESA	2	3	5
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	2	4	4
GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE DEL PATRIMONIO	4	16	20
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	2	4	5
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E CONTROLLI	1	3	4
DECESSO OSPEDALIERO	1	1	1
TOTALE	47	87	103

Si precisa infine che per quanto riguarda l'area "rapporti con soggetti erogatori", ovvero su tutti quei processi riconducibili all'autorizzazione, all'accreditamento istituzionale di soggetti privati che erogano attività sanitarie per conto del SSN, l'AO dei Colli non svolge tali funzioni.

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

2.3.5 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Identificazione degli eventi rischiosi

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di competenza dell'Amministrazione, attraverso cui di fatto si concretizza il fenomeno corruttivo.

Tale fase di analisi richiede il forte coinvolgimento della struttura organizzativa, poiché sono i responsabili delle articolazioni della stessa ad avere una conoscenza approfondita delle attività svolte, dei relativi rischi e dei vincoli organizzativi che ne ostacolano la rimozione. I rischi sono pertanto individuati dai direttori/responsabili di struttura o dai referenti aziendali a supporto del RPCT. Sebbene la complessità del periodo, si è proceduto ad una verifica degli stessi, con la medesima metodologia di aggiornamento dei processi, utilizzando anche ulteriori risorse informative:

- Analisi del contesto interno ed esterno;
- Interazione con i responsabili degli uffici;
- Segnalazioni ricevute;
- Registri dei rischi elaborati da altre Amministrazioni simili per tipologia e complessità organizzativa.

La formalizzazione dell'attività di identificazione degli eventi rischiosi è riportata in una specifica colonna, denominata "Rischio", nell'unico allegato "Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi – Programmazione delle misure".

Il suddetto documento, contiene, per ciascun processo, la catalogazione in formato tabellare, di almeno un evento rischioso, in tal senso esso può essere inteso anche come "Registro dei rischi", atteso che ciascun rischio risulta descritto ed è specificamente riferibile ad ogni singolo processo.

Valutazione del rischio (analisi e ponderazione)

La valutazione del rischio è stata preceduta da una ricognizione dei cosiddetti fattori abilitanti al rischio, ovvero di quei fattori del contesto, interno ed esterno, che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Tale ricognizione, nel 2022 è stata svolta in maniera organica e sistematica, per ciascuna processo, previa individuazione di fattori abilitanti trasversali e comuni alle diverse aree di rischio, come di seguito indicati:

- Carenza di personale e/o personale qualificato;
- Assenza o carenza del controllo di gestione e/o di strumenti automatici di verifica;
- Carenza di misure idonee alla prevenzione del rischio;
- Complessità e farraginosità del processo con conseguente rischio di incorrere in errore;
- Discrezionalità nella gestione del processo;
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- Inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- Inadeguatezza o assenza di regolamenti, procedure, documenti, istruzioni;
- Mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli/ rotazione del personale) ;
- Mancanza di trasparenza;
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione;
- Possibilità di conflitto di interessi;
- Scarsa diffusione dell'informazione all'interno dell'organizzazione;
- Scarsa responsabilizzazione interna;
- Difficoltà operative derivanti da situazioni emergenziali (Covid-19).

Coerentemente con l'approccio qualitativo suggerito nell'allegato 1 al PNA 2019, ed alle indicazioni contenute nel suddetto Piano, in continuità con il 2021, sono stati individuati i seguenti indicatori per l'analisi del livello di esposizione al rischio del processo:

1. **Livello di interesse "esterno"**: la presenza ed il livello di interesse, non solo economico, rilevante per i destinatari del processo, sono in relazione diretta col livello di rischio;
2. **Livello di disciplina (esterna o interna) e grado di discrezionalità del decisore interno alla PA**: il livello di dettaglio della disciplina (esterna o interna), nonché la presenza di discrezionalità, più o meno ampia, influiscono sul rischio; il livello di dettaglio della disciplina è in relazione inversa col livello di rischio, l'ampiezza della discrezionalità decisoria, invece, è in relazione diretta, conseguendo ad una più ampia discrezionalità un più elevato livello di rischio;
3. **Manifestazione di eventi corruttivi in passato**: se, con riguardo al processo si sono già verificati eventi corruttivi in passato, il livello di rischio è maggiore; per eventi corruttivi si intendono fattispecie (che abbiano determinato indagini e/o processi, ed abbiano o meno dato luogo a provvedimenti di accertamento) rilevanti non solo sul piano penale, ma anche sul piano disciplinare, ovvero della responsabilità amministrativa per danno erariale, ovvero ancora disfunzioni amministrative oggetto di segnalazioni agli organi dell'Amministrazione o da parte degli stessi, con particolare, ma non esclusivo riguardo alle rilevazioni contenute negli atti degli organi di controllo interni od esterni all'Amministrazione (ad esempio, OIV, Revisori dei Conti, Regione, ANAC etc.)
4. **Trasparenza/opacità del processo decisionale**: il livello di trasparenza, sostanziale e non solo formale, degli atti del processo è in relazione inversa col livello di rischio e conseguentemente il livello di opacità in relazione diretta con esso;
5. **Distribuzione del potere decisionale e presenza di controlli sul processo**: la concentrazione del potere decisionale in capo a una o poche persone aumenta il rischio di eventi corruttivi e la presenza di controlli, interni e/o esterni, sulle

attività del processo, e la loro frequenza, possono ridurre il rischio; dunque il livello di segregazione e la presenza di controlli sul processo sono in relazione inversa con il livello di rischio;

6. **Grado di attuazione delle misure e livello di collaborazione del responsabile del processo:** il grado di attuazione delle misure, sia generali che specifiche, relative al processo ed il livello di collaborazione del responsabile (non solo nell'attuazione, ma anche nella costruzione, nell'aggiornamento e nel monitoraggio) sono in relazione inversa col livello di rischio; un insufficiente grado di attuazione ed una scarsa collaborazione, infatti, possono segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione e comunque determinano una maggiore probabilità di verifica di eventi corruttivi, e conseguentemente un maggiore livello di rischio.

Al fine di definire le priorità e le modalità di intervento relative alle attività con elevato rischio di corruzione, per ognuno degli indicatori sopra elencati, sono state individuate le domande per il rilevamento del rischio e le ipotesi di risposte alle stesse, come di seguito riportato:

Rischio Basso	Rischio Medio	Rischio Alto
--------------------------	--------------------------	-------------------------

SCHEDA DI RILEVAMENTO DEI RISCHI

INDICATORE	DOMANDA DI RILEVAMENTO DEL RISCHIO	RISPOSTA	GRADO DI RISCHIO
Livello di interesse "esterno"	Sono coinvolti interessi, anche economici, rilevanti e/o benefici per i destinatari del processo? Il processo comporta l'attribuzione di vantaggi/benefici di valore economico ai destinatari del processo e/o ad altri soggetti esterni?	NO	Basso
		ABBASTANZA	Medio
		SI	Alto
Livello di disciplina (esterna o interna) e grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	L'attività non è disciplinata in modo più o meno dettagliato da atti esterni (legislativi, regolamentari, di regolazione) o interni (regolamenti, direttive, etc.)? Il complesso della disciplina determina la sussistenza di discrezionalità in capo al decisore, e, se sì, di quale ampiezza?	NO	Basso
		ABBASTANZA	Medio
		SI	Alto
Manifestazione di eventi corruttivi in passato	L'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione? Che tipo di eventi si sono verificati disfunzioni, fattispecie a rilievo disciplinare, di responsabilità amministrativa da danno erariale, penale? Nel caso di fattispecie a rilievo disciplinare e/o di responsabilità amministrativa da danno erariale e/o penale, che livello di accertamento dei fatti è stato compiuto? Sono stati formalizzati rilievi dagli organi di controllo interni e/o esterni?	NO	Basso
		ABBASTANZA	Medio
		SI	Alto
Trasparenza/opacità del processo decisionale	Il processo decisionale è facilmente monitorabile dall'esterno attraverso strumenti di trasparenza o è opaco?	SI	Basso
		ABBASTANZA	Medio
		NO	Alto

Distribuzione del potere decisionale e presenza di controlli sul processo	Le fasi del processo sono segregate?	SI	Basso
	Il processo è sottoposto a controlli, interni e/o esterni alla P.A. adottante?	ABBASTANZA	Medio
		NO	Alto

Grado di attuazione delle misure e livello di collaborazione del Responsabile	Le misure di trattamento del rischio sono state attuate, ed in che grado?	SI	Basso
	Il responsabile del processo collabora nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano?	ABBASTANZA	Medio
		NO	Alto

Il livello di esposizione a rischio, in line con le indicazioni del PNA 2019, è stato effettuato secondo un criterio generale di prudenza, al fine di evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare le misure necessarie. Per quanto sopra dalla ponderazione del peso degli indicatori viene formulato un giudizio graduale riconducibile a:

Rischio Basso	Rischio Basso/Medio	Rischio Medio	Rischio Medio/Alto	Rischio Alto
----------------------	----------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------

Gli esiti della dell'attività di valutazione sono riportati nell'allegato "Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi – Programmazione delle misure".

2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

La progettazione delle misure

La fase di progettazione delle misure risulta particolarmente importante, atteso che il PTPCT è un documento di natura propriamente "programmatoria", per cui è uno strumento che mira a garantire una adeguata pianificazione di specifici interventi, progettati e riprogettati ciclicamente. Le misure pertanto devono essere adeguate alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, al fine di elaborare strategie personalizzate e sostenibili, economicamente ed organizzativamente, in quanto la loro individuazione è strettamente collegata alla capacità di realizzazione dell'amministrazione. I piani poco realistici sono sostanzialmente inattuabili. Il livello di efficacia delle stesse è inoltre strettamente collegato all'accuratezza della fase dell'analisi dei processi e dei rischi individuati. Al fine di evitare la stratificazione di misure, che possono rimanere inapplicate, viene effettuata preventivamente un'analisi sulle eventuali misure previste nella precedente programmazione, per verificarne il livello di attuazione e l'eventuale riprogrammazione in termini di efficacia e sostenibilità.

Le azioni in programmazione sono state pertanto individuate inizialmente ed integrate nel corso degli anni sulla scorta di quanto posto in essere in realtà analoghe, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC in sede di aggiornamento del PNA - anche per il recepimento di novelle legislative - ed in base alla sostenibilità aziendale delle stesse, sulla base delle risultanze dell'analisi del contesto interno e, in particolar modo, degli esiti del monitoraggio periodici, funzionali al riesame ed alla riprogrammazione.

Il processo di individuazione delle misure, per essere effettivo e sostenibile, deve tenere conto:

- del livello di esposizione a rischio emerso dall'analisi;
- delle competenze presenti o acquisibili nel triennio dall'amministrazione;
- della sostenibilità economica ed organizzativa delle stesse;
- delle risorse umane disponibili;
- della tempistica;
- del livello di coinvolgimento delle strutture aziendali;
- degli esiti del monitoraggio.

In line con l'aggiornamento al PNA 2019 si continuano a distinguere tra "misure generali", che incidono in materia trasversale sull'intera amministrazione e "misure specifiche" capaci di incidere su rischi specifici – il cui grado è superiore al BASSO - individuati tramite l'analisi del rischio al fine di neutralizzare o ridurre il livello dello stesso. Si precisa inoltre che ogni misura può essere programmata, a sua volta, come "generale" quando incide trasversalmente sull'organizzazione, come "specifica" quando risponde a specifiche criticità rilevate tramite l'analisi dei rischi.

Le principali tipologie di misure generali e specifiche sono le seguenti:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione;
- misure di formazione;
- misure di sensibilizzazione e partecipazione;
- misure di rotazione;
- misure di segnalazione e protezione;
- misure di disciplina del conflitto di interessi;

L'allegato "Mappatura dei processi – valutazione dei rischi – Programmazione delle misure" contiene anche le misure di trattamento con indicazione delle seguenti voci: tipologia, descrizione, responsabilità, tempi, indicatori. Si precisa che, per la prima, è stata indicata la “tipologia” della misura, riportata in una colonna ad hoc, secondo la classificazione di cui sopra. Il percorso di progettazione delle misure richiede il necessario coinvolgimento dei responsabili di struttura, anche in virtù delle previsioni di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-bis ed l-ter del d.lgs. 165/2001. La proposta di misure di contrasto, non è compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo a individuare misure realmente incisive per prevenire specifici rischi. Le attività di monitoraggio e di audit, contribuiscono pertanto al confronto tra RPCT e dirigenti per trovare soluzioni concrete ed evitare misure astratte, poco chiare o irrealizzabili.

La programmazione pertanto è avvenuta a livello centralizzato, con il forte coordinamento del RPCT e con una metodologia tuttavia di condivisione che governa il processo nel suo complesso, in linea con i principi di base degli standard internazionali di Risk Management. Dal punto di vista metodologico fondamentale è stata la compilazione condivisa della scheda di monitoraggio, in cui sono state confermate e proposte nuove azioni, oltre a verificare lo stato di attuazione della corrente programmazione.

Nel paragrafo che segue sono indicate le misure di trattamento del rischio per le aree di rischio generali e per le aree specifiche della Sanità che verranno attuate dall'Amministrazione nel triennio, con indicazione delle tempistiche di attuazione e degli uffici responsabili e dello stato dell'arte. Tali misure si integrano trasversalmente con il documento "Mappatura dei processi – valutazione dei rischi – Programmazione delle misure" rispetto al quale contengono anche ulteriori dati descrittivi (tipologia e finalità della misura, riferimenti normativi ed organizzativi, specificità dell'area Sanità) finalizzati ad evidenziare lo stato dell'arte ed il percorso progressivamente svolto dall'azienda.

Lo stato di attuazione delle misure e la programmazione delle azioni per il nuovo triennio

Si riportano di seguito la descrizione delle misure da leggere, come anticipato, in maniera integrata con il documento "Mappatura dei processi - Valutazione dei rischi – Programmazione delle misure"

Misure Generali per la prevenzione della corruzione

Misure di Trasparenza

Si rinvia a quanto precisato nella sottosezione relativa alla Trasparenza.

Misure di Formazione

La formazione è misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto innalza il livello di consapevolezza degli operatori ed il RPCT è tenuto a prevedere meccanismi di formazione, idonei a prevenire il rischio di corruzione (L. 190/2012, art. 1, c. 9).

Il RPCT, con nota prot. AOC/0018126/2019, sollecitata con prot. 15015/2020 e successivo prot. AOC018631/2020, ha richiesto alla U.O.C. Formazione percorsi mirati sia di carattere generale che specifico. Rispetto all'iniziale programma proposto dal Direttore della U.O.C. Formazione (prot. AOC/29988/2019) è stata positivamente condivisa la proposta formativa, formulata dall'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (prot. n. AOC/0022093/2020).

Il Direttore dell'U.O.C. Formazione, ha pertanto individuato con determina dirigenziale n.831 del 22/10/2020, l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" - Dipartimento di Giurisprudenza, quale ente erogatore più idoneo ad offrire lo specifico Corso di Formazione, sui temi dell'Anticorruzione e Trasparenza, in quanto, sottoscrittore anche di specifici protocolli con il Dipartimento della Funzione Pubblica e l'ANAC. Si segnala inoltre che nell'ambito del suddetto Dipartimento opera anche un Gruppo di ricerca-azione sulla legalità e l'etica nell'azione pubblica e nell'attività di impresa (GRA-LE). La relativa convenzione è stata sottoscritta dalle parti a fine gennaio 2021 (prot. AOC 0002401/2021 del 27/01/2021).

Il suddetto programma è stato articolato nei seguenti moduli:

1. Contratti: forniture e servizi, rivolto al personale che opera nella relativa area;

2. Settore Sanitario: attività libero professionale, intramoenia, liste di attesa, decesso ospedaliero, farmaceutica, sperimentazioni e ricerca, rivolto al personale sanitario;
3. Sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza: inquadramento del sistema generale di prevenzione della corruzione e imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici, rivolto a tutto il personale;
4. Mappatura dei processi ed analisi dei rischi: attività seminariale di tipo teorico – pratico, rivolto a tutte le UU.OO. principalmente coinvolte nella mappatura dei processi.

La recrudescenza pandemica e la scelta sostanziale di una formazione in aula, sebbene abbiano ritardato l'avvio dei corsi per la sospensione delle attività didattiche, sono state comunque svolte nel corso del 2021 e del 2022. In particolare sono stati erogati i moduli di cui ai punti 1), 2) e 4), alcuni dei quali tenuti da funzionari ANAC esperti in materia.

La rilevazione dei fabbisogni, con specifico riguardo alle unità di personale da inserire nei percorsi, è formalizzata nel modello "Relazione di audit", sottoscritto dai responsabili di struttura, fermo restando che tutte le UU.OO. sono state invitate ad individuare personale da inserire nel modulo 3) svolto in tre giornate. A tale proposito è importante sottolineare, a testimonianza di una cultura dell'etica pubblica e della legalità che va nel tempo crescendo all'interno dell'azienda, che tutti i Responsabili/Direttori di struttura hanno inserito gran parte del personale a loro disposizione, nei programmi di formazione relativi ai suddetti temi.

Con protocollo AOC/2746/2022, è stato inoltre richiesto alla U.O.C. Formazione di integrare la Convenzione in atto con il soggetto erogatore, prevedendo, in linea con il PNA 2019, l'erogazione di una formazione a due livelli:

- 1) "generale" rivolto a tutti i dipendenti;
- 2) "specifico" rivolto ai referenti ed ai dirigenti operanti nelle aree a rischio.

Nello specifico è stato richiesto:

MODULO	DESTINATARI	ORE
Modulo Generale rivolto a tutti i dipendenti, anche neo assunti, da rendere disponibile in modalità on-line sulla piattaforma aziendale mediante supporto video, audio e cartaceo (slides) e con questionario finale	Tutto il personale aziendale con fruibilità a tempo indeterminato	n. 2 ore
Modulo teorico- pratico, mediante attività seminariale per l'analisi dei rischi finalizzata alla definizione delle misure di prevenzione.	Dirigenti/responsabili delle strutture operanti nelle principali aree di rischio.	n. 20 ore

La valenza operativa dell'attività di collaborazione avviata si evince anche dall'attivazione presso l'AO dei Colli di tirocini curriculari con l'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", sui temi specifici della trasparenza ed anticorruzione.

Per quanto riguarda la formazione dell'RPCT e del personale afferente la sua struttura, oltre a partecipare alle suddette attività, si segnala anche la partecipazione diretta ai webinar ANAC.

Misure specifiche di formazione sono state inoltre previste su ambiti settoriali per potenziare l'efficacia e l'efficienza dell'attività amministrativa, laddove si rileva essenzialmente la carenza di competenze.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 del PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva – Rotazione

Sull'attuazione della misura, grava sicuramente il vincolo connesso alla situazione complessiva relativa alle carenze di risorse umane, ovvero di risorse umane qualificate, descritta nel contesto interno ed effetto di situazioni stratificate negli anni.

La direzione strategica aziendale, in coerenza con gli indirizzi strategici formulati già nel 2020, ha riservato, particolare attenzione alla misura, in quanto riconosce che l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio indubbiamente riveste particolare rilievo e ne condivide la ratio che mira ad evitare che il medesimo dipendente si trovi ad intrattenere relazioni prolungate nel tempo con gli stessi utenti o fornitori. Indicativo a tal proposito è la circostanza che l'azienda ha provveduto già negli ultimi anni, anche a seguito di pensionamenti, all'assegnazione di nuovi incarichi dirigenziali nell'area PTA, in posizioni spesso strategiche, a dirigenti di nuova assunzione, disponendo in alcuni casi anche la rotazione.

Tale misura, ad ogni modo, va utilizzata, correttamente e progressivamente, anche in un'ottica generale di elevazione delle capacità professionali complessive, senza per questo correre il rischio di determinare inefficienze e malfunzionamenti, tenendo conto che, particolarmente in sanità, soprattutto per quanto riguarda l'area sanitaria (medica e non) la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi trova un limite oggettivo in considerazione della specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree a rischio, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi di rotazione nei servizi medesimi.

Fondamentale in tale direzione deve essere il potenziamento delle attività formative trasversali e specifiche finalizzate all'arricchimento delle conoscenze e delle competenze. Importante in tal senso è anche la definizione di percorsi formativi completi che stimolino e favoriscano le conoscenze di tutti gli operatori. Fondamentale pertanto è stata l'adozione del Piano di Formazione ed Aggiornamento del personale del Comparto e della Dirigenza - Anno 2022, approvato con Deliberazione 194/2022 che contribuisce indirettamente all'acquisizione e alla circolarizzazione delle conoscenze.

Ciò premesso, visto anche il già vigente regolamento aziendale in materia di conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali che all'art. 19 detta le linee generali in materia di "rotazione" del personale, si è provveduto con delibera n. 1001 del 15/12/2020 all'approvazione del "Regolamento sulla rotazione degli incarichi del personale dirigenziale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli".

Il suddetto regolamento disciplina altresì la relativa procedura, prevedendo che annualmente la U.O.C. GRU, trasmetta alla Direzione Strategica, l'elenco dei Dirigenti operanti nelle aree a rischio, con incarico a scadenza nell'anno successivo, indicando, per ciascuno di essi, il periodo di permanenza nello stesso.

La rilevazione delle esigenze di rotazione è specificamente rilevata anche nel "Modello di relazione annuale", sottoscritto dai responsabili di struttura, dal quale, in generale, è emerso quanto segue:

- A) L'impossibilità/limitata possibilità di attuare la rotazione, tenuto conto delle risorse attuali e vista l'organizzazione dei sistemi di controllo;
- B) L'impossibilità/limitata possibilità di attuare la rotazione, tenuto conto della specificità delle attività e delle risorse umane disponibili;
- C) L'adozione di una parziale rotazione dei compiti, che sebbene non formalizzata in provvedimenti, si effettuata anche mediante semplice meccanismi di assegnazione delle attività, nonché assicurando la partecipazione alternata di tutti i dipendenti nei procedimenti di competenza della struttura;
- D) L'impossibilità/limitata possibilità di attuare la rotazione nel conferimento dell'incarico di RUP, per carenze di personale qualificato in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa.

Per quanto riguarda la rotazione straordinaria, da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, l'ANAC, nell'aggiornamento al PNA, rinnova l'indicazione di dare concreta attuazione all'istituto. In particolare, l'azienda dei Colli con l'art. 9 del Codice di Comportamento aziendale, approvato con Deliberazione 339/2020, ha previsto che "ciascun dipendente è tenuto a comunicare immediatamente al superiore gerarchico l'avvio di procedimenti penali o disciplinari a suo carico per l'eventuale applicazione della misura della rotazione straordinaria (art.16. c lettera l-quater D.lgs. 165/2001). In applicazione Delibera ANAC 2015/2018, è stata elaborata specifica circolare esplicativa (prot. n. 0027269/2020 del 29/09/2020) a firma della Direzione e del RPCT Aziendale, in cui sono stati specificati: la tipologia del provvedimento, l'ambito oggettivo, tempi, durata, misure alternative, rapporti con il procedimento disciplinare. Nello specifico, sono stati invitati tutti i dirigenti di uffici dirigenziali generali a monitorare eventuali procedimenti penali e/o disciplinari che hanno interessato i dipendenti assegnati. Per il monitoraggio della misura, l'U.O.C. GRU, trasmetterà al RPCT gli eventuali provvedimenti di rotazione straordinaria adottati.

I dati sui provvedimenti di rotazione vengono riportati annualmente nella Relazione di cui all'art. 1, co. 14 della L: 190/2012.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Incarichi extra-istituzionali ai dipendenti

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 299 del 20/12/2019 è stato adottato il "Regolamento sulle incompatibilità e sui criteri per le autorizzazioni ai dipendenti allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e cumuli di impieghi - Approvazione e provvedimenti consequenziali". Tale aggiornamento ha avuto l'obiettivo di implementare le misure collegate alla gestione del rischio, come dettagliate nel PTPCT 2019, puntando su misure di regolamentazione del processo e su misure di trasparenza rafforzata, ai fini di una maggiore sensibilizzazione da parte degli operatori e dei dipendenti. Il nuovo Regolamento è stato pertanto pubblicato anche sul portale dipendenti e tiene conto dei "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti" elaborati in sede di conferenza Unificata (24/07/2013) valorizzando altresì, gli effetti, in termini di crescita professionale, culturale e scientifica, che lo svolgimento dell'incarico può produrre.

Il presidio di tale ambito è finalizzato a prevenire situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, favorendo interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura di Dirigenti e funzionari. Il rilascio delle autorizzazioni infatti, comporta anche una preventiva verifica sull'attività che si intende svolgere al fine di verificare l'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale.

È stata altresì svolta una intensa attività finalizzata all'implementazione del sistema delle comunicazioni al Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi dell'art. 53, commi 12, 13 e 14 del D.lgs. 165/2001, anche per effetto delle modifiche apportate dal D.lgs. 75/2017, con riferimento a tutti gli incarichi conferiti a far data dal 1.01.2018, data a partire dalla quale è stata ridisegnata la Home page di tutto il sistema PerlaPa. Lo scopo perseguito dalla Funzione Pubblica è semplificare e razionalizzare gli adempimenti delle PP.AA. relativi alla trasmissione dei dati a livello centrale, e di rendere la comunicazione "tempestiva". In particolare:

PER I CONSULENTI, con data conferimento incarico successiva all'1.01.2018:

- l'inserimento va fatto tempestivamente, entro 3 mesi massimo dal conferimento;

- andranno caricati altresì il CV e l'attestazione circa eventuali cariche/incarichi;
PER I DIPENDENTI, con data conferimento incarico successiva all'1.01.2018:

- il caricamento dei dati va' effettuato tempestivamente, entro 15 gg. dal conferimento/autorizzazione;

In entrambi i casi la disponibilità dei dati sarà immediata sul sito www.consulentipubblici.gov.it, e per l'effetto pubblicati in amministrazione trasparente ai sensi dell'art. 9 bis, comma 2 del D.lgs. 33/2013. Tale sistema consente il contestuale adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D.lgs. 33/2013 artt. 15 e 18.

Il responsabile Aziendale PerlaPA è il Direttore dell'U.O.C. GRU, che provvede altresì ai relativi adempimenti per gli incarichi conferiti ed autorizzati ad i dipendenti a partire dal 2020. Per tutti gli incarichi di consulenza/collaborazione conferiti da ciascuna U.O.C. dal 01.01.2020 o di cui sia stato proposto il conferimento con deliberazione del Direttore Generale, ciascun Responsabile di U.O.C. dovrà collegarsi al link <https://servizi.perlapa.gov.it/WebUtentiPerla2018/Pages/Registrazione.aspx> per registrarsi come unità di inserimento. L'abilitazione sarà effettiva solo dopo la convalida da parte del Responsabile PerlaPA aziendale.

L'autorizzazione ai dipendenti allo svolgimento di incarichi viene rilasciata dalla Direzione Amministrativa e dal Direzione Sanitaria, rispettivamente per il personale appartenente al ruolo non sanitario e sanitario.

È stata introdotta, come allegato al Regolamento, una modulistica specifica, per le ipotesi di "autorizzazione" e per quelle di "comunicazione", in cui oltre ad indicare gli estremi dell'incarico, vengono formalizzati il parere del Direttore/Responsabile di struttura cui l'istante afferisce e l'autorizzazione del DA o DS. Il provvedimento viene inoltre inviato all' U.O.C. GRU per le eventuali verifiche di competenza.

Al fine di sensibilizzare il personale neoassunto sui temi della legalità e dell'anticorruzione, l'U.O.C. GRU consegna specifico modulo informativo in cui sono riportati i riferimenti dei principali provvedimenti aziendali in materia, tra cui il Regolamento di cui sopra.

Con nota prot. AOC 32798/2021, a firma del RPCT, è stata richiamata l'attenzione sugli obblighi di pubblicazione relativi a consulenti e collaboratori, atteso che la pubblicazione costituisce elemento di integrazione dell'efficacia del relativo provvedimento, fornendo inoltre alcune indicazioni per la corretta qualificazione degli incarichi attesa l'eterogeneità della relativa tipologia.

In linea con quanto rappresentato nel precedente programmazione, è stato approvato il nuovo Regolamento del Servizio Ispettivo aziendale con deliberazione 882/2021, ridefinendone la composizione ed il funzionamento. Il Coordinamento è stato affidato al RPCT. Il SI, che ha specifici obblighi di segnalazione agli organi interni ed esterni, è un organismo composto in maniera mista, al fine di coprire potenzialmente le varie aree, negoziali e di attività. Il regolamento distingue l'attività di controllo su segnalazione (straordinaria) e programmata. Tale aggiornamento, dovrebbe consentire la definizione di una programmazione stabile, che possa consentire almeno l'avvio delle attività in materia di controlli sugli incarichi, anche a seguito dell'attività di riallineamento dei flussi di dati relativi alle autorizzazione/comunicazione.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage)

L'art. 53 del D.lgs. 165/2001, comma 16-ter dispone il divieto per i dipendenti, che negli ultimi tre anni, abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto delle P.A., di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso l'esercizio dei medesimi poteri. L'eventuale violazione produce effetti sanzionatori sia nei confronti dei soggetti coinvolti che dell'atto stesso:

- i contratti di lavoro e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la P.A. per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ad essi riferiti.

La disposizione, finalizzata ad evitare comportamenti impropri, tende a prevenire il precostituirsi di situazioni di vantaggio presso soggetti privati con i quali si entra in rapporto in virtù del proprio ufficio. Specifica previsione è contenuta anche nel Regolamento aziendale sull'incompatibilità di cui alla Delibera 299/2019 (art. 4. co. 2).

Relativamente all'ambito di applicazione del divieto esso è riferito innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui

decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico". Analogamente il divieto di svolgere attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati è da intendersi riferito a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati (es. assunzione, incarico, consulenza). Nel corso del 2022, sarà predisposta specifica circolare esplicativa, in cui nel precisare tra l'altro l'ambito di applicazione della normativa, la definizione di poteri autoritativi e negoziali, nonché di soggetti privati destinatari dell'attività della P.A., le strutture principalmente interessate alla stipula di contratti dovranno inserire specifica disposizione nei relativi documenti. Tale attività sarà oggetto di audit, da parte del RPCT.

La presente misura sarà inoltre rafforzata dal completamento dei percorsi formativi specifici in materia di imparzialità

soggettiva dei dipendenti pubblici descritti nel paragrafo dedicato.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Inconferibilità ed incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali

L'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190/2012 ed il relativo Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, contengono disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni. Trattasi di un insieme di disposizioni, tese a realizzare misure per l'imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici, la cui violazione, a seconda delle singole fattispecie, implica effetti in termini di nullità dell'atto di conferimento e dei relativi contratti, avvio di meccanismi sanzionatorie decadenza dall'incarico. Le suddette dichiarazioni sono infatti condizioni di efficacia dell'incarico.

In continuità con gli anni precedenti, è stata svolta una attività di impulso e coordinamento, finalizzata anche alla standardizzazione, a seguito di aggiornamento, della modulistica utilizzata, in linea con le indicazioni ANAC (delibera 833/2016) sia per aumentare il grado di consapevolezza del dichiarante, anche in termini di responsabilizzazione, sia per agevolare eventuali verifiche a campione. Al fine di semplificare gli adempimenti, che integrano anche ulteriori obblighi di pubblicazione, tali modelli di dichiarazioni sono integrati con l'indicazione degli eventuali cariche/incarichi ricoperti (art. 14. C. lett. d) ed e) del d.lgs 33/2013) dal soggetto che riceve l'incarico, delle eventuali condanne, nonché dell'assenza di conflitto di interessi. Ciascuna dichiarazione, indirizzata all'U.O.C. GRU, viene pubblicata in amministrazione trasparente. Al fine di implementare i meccanismi di trasparenza, secondo un percorso logico che associ ogni provvedimento alla relativa documentazione di supporto, ogni atto di conferimento (Capo dipartimento/U.O.C./U.O.S.D./U.O.S.) è accompagnato da CV e dichiarazione.

In relazione alla materia dell'inconferibilità ed incompatibilità, permane l'obbligo di acquisizione delle relative dichiarazioni, da parte dell'Ente che provvede alla nomina, relativamente alle figure apicali (DG, DS e DA), in quanto trattasi di situazioni tipizzate specificamente da alcuni artt. del D.lgs. 39/2013, anche alla luce della Delibera 149/2014, secondo cui "le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di DG, DS e DA, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore Delegato (...)". Nell'anno 2021, a valle anche dell'aggiornamento delle FAQ ANAC specifiche in materia (n. 9.21), e dei moduli formativi seguiti, è stato chiarito che gli incarichi svolti negli enti sanitari, e riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non), non sono sottoposti ai limiti ed alle preclusioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D.lgs. 39/2013 (Delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 713/2020), atteso che i titolari dei suddetti incarichi, seppur preposti ad una struttura, godono di una autonomia e discrezionalità che attiene essenzialmente e prevalentemente alla sfera professionale, tecnica e sanitaria. Tale interpretazione è conforme all'impostazione già data dal Consiglio di Stato (5583/2014), allorquando ha precisato che "le norme che impongono limiti ai diritti di elettorato attivo e passivo dei cittadini – e fra queste quelle in materia di incompatibilità – sono di stretta interpretazione".

Tale orientamento, appare coerente anche con la Deliberazione ANAC 1201 del 18/12/2019, relativa all'inconferibilità, il cui paragrafo 9, specifico per la sanità, riferisce l'applicabilità delle relative disposizioni solo ai Dirigenti cui spetta l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, attesa la specificità della dirigenza medica sanitaria cui compete comunque una autonomia differenziata connessa all'esercizio della professione medica, che prescinde dall'esercizio di poteri di gestione. L'ANAC segnala però che presso le aziende sanitarie operano tutta una serie di professionisti, responsabili di struttura, titolari di competenze di amministrazione e di gestione, che non possono non considerarsi rientrati nella categoria di cui all'art. 3, comma 1 lettera c) del d.lgs. 39/2013 "incarichi dirigenziali, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni", destinatari pertanto del relativo regime. Al fine di rendere di immediata fruibilità la normativa di cui sopra sono stati predisposti modelli di dichiarazioni, integrati anche con la normativa di riferimento, che sintetizzano i punti di cui sopra, distinti per area di appartenenza, ovvero Dirigenza sanitaria (medica e non) e Dirigenza APT.

Per quanto sopra e con le precisazioni ivi indicate, con nota illustrativa prot. AOC/0034982/2021 del 2/12/2021 a firma del RPCT e indirizzata alla U.O.C. GRU, sono stati disposti i relativi controlli annuali, esplicitandone gli scopi e le modalità.

Il Campione esaminato, così come definito del PTPCT 2021 è stato del 10% in quanto ritenuto sufficientemente rappresentativo e lavorativamente sostenibile.

Acquisite, pertanto, le dichiarazioni agli atti in possesso dell'U.O.C. GRU, rese in sede di conferimento, o in sede di aggiornamento annuale e pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" si è concordato di procedere ai controlli, mediante le seguenti modalità mediante la:

- consultazione della banca dell'Anagrafe degli Amministratori Locali e Regionali, disponibile sul sito del Ministero dell'Interno, per le cariche pubbliche;
- richiesta al Ministero della Giustizia, dei relativi certificati dei carichi pendenti.

Dalla consultazione dell'Anagrafe degli Amministratori locali, avvenuta in seduta stante, nulla è emerso in merito agli illeciti oggetto della verifica.

Per ciò che invece riguarda la richiesta al Ministero della Giustizia, dei relativi certificati dei carichi pendenti per la verifica dell'eventuale sussistenza di sentenze, anche non passate in giudicato, per i reati previsti dal capo I, titolo II del libro secondo del c.p. le Procure di competenza hanno riscontrato, mediante trasmissione o del certificato dei carichi pendenti o

del casellario giudiziale. Gli esiti dei controlli sono stati inviati alla Direzione Strategica.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Codice di comportamento

Il Ministero della salute, ANAC e di AGENAS nel settembre 2016 hanno emanato "Le Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" approvate poi con determinazione ANAC n. 358 del 29/3/2017. Le suddette Linee guida hanno comportato un'ulteriore edizione del Codice aziendale, formalizzata nella deliberazione del Direttore Generale n. 339 del 27/04/2020, previa consultazione pubblica e parere positivo dell'OIV. Il suddetto documento è consultabile direttamente sul portale dipendenti.

Il nuovo codice elaborato in stretta sinergia con il PTPCT, ha tradotto gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con le misure di tipo oggettivo ed organizzativo, in doveri di comportamento e regole di condotta specifiche per le aree di rischio "sanità" (art. 15) tra cui decesso ospedaliero, attività libero professionale, liste d'attesa, farmaceutica, sperimentazioni. Il rispetto delle disposizioni del codice è altresì inserito nei contratti di assunzione, in quelli di affidamento di consulenze e collaborazioni e nei documenti di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture e nei contratti di sperimentazione.

Ai sensi dell'art. 54 c. 6 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, vigilano sull'applicazione del Codice, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l'ufficio di disciplina e il RPCT. Ai fini dell'attività di vigilanza e monitoraggio prevista dal presente articolo, l'Azienda si avvale dell'ufficio procedimenti disciplinari (UPD) - la cui composizione, sia per la dirigenza che per il comparto, è stata modificata a fine 2021, con deliberazione n. 916 - che provvede a trasmettere gli esiti dei relativi procedimenti anche al RPCT ed all'OIV. I dati sui procedimenti sono inseriti nella relazione annuale elaborata dal RPCT ai sensi dell'art. art. 1 co. 14 della L. 190/2012. Le eventuali disfunzioni sui doveri comportamentali e le fattispecie di rilievo disciplinare, rientrano tra gli elementi per la valutazione del livello di esposizione a rischio dei processi, in quanto ricompresi nell'indicatore "manifestazione di eventi corruttivi", atteso che la violazione dei doveri comportamentali innalza il livello di esposizione a rischio.

Alla luce della Deliberazione 177/2021, con cui l'ANAC ha approvato le nuove "Linee Guida in materia di codici di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni", è in previsione la verifica, per l'eventuale aggiornamento, delle disposizioni del codice aziendale, anche alla luce di ulteriori disposizioni che declinano puntuali obblighi comportamentali. Nel corso del 2021, la tematica è stata affrontata anche nell'ambito dei moduli formativi "imparzialità soggettiva" erogati nell'ambito delle attività formative

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Astensione in caso di conflitto di interesse

L'articolo 6-bis della Legge 241/1990 e s.m.i. dispone che il responsabile del procedimento e i titolari delle strutture competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. Tale disposizione va letta in maniera coordinata con le previsioni contenute nel codice di comportamento, e più precisamente con gli artt. 6 e 7 del DPR n. 62/2013, il quale fa riferimento anche alle cosiddette "gravi ragioni di convenienza".

Come viene illustrato dal C.d.S. del 5/03/2019 nel parere reso sulle Linee guida aventi ad oggetto "individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici" (667/2019), contenente principi applicabili a tutti i procedimenti, la disciplina in materia di conflitto di interessi persegue anche "(...) un ulteriore obiettivo (...) vale a dire la cura di un interesse immateriale della P.A. Tra gli interessi pubblici la cui cura è affidata al soggetto, infatti, emerge altresì quello del rispetto del principio di imparzialità anche sub specie del principio "della moglie di Cesare" che deve non solo essere onesta, ma anche apparire onesta. Si tratta di un interesse al medesimo tempo sostanziale e immateriale. Sostanziale, dal lato dei consociati, perché garantisce la giustizia attraverso la uguaglianza delle posizioni, la parità di trattamento, e la conseguente tutela della concorrenza. Immateriale, dal lato della P.A., perché tutela anche l'immagine imparziale del potere pubblico. Anche la situazione di pericolo, che definiamo "agire in conflitto di interessi", danneggia ex se l'interesse pubblico immateriale suddetto (...)"

Il suddetto principio è recepito altresì nell'art. 7 del Codice di Comportamento aziendale (deliberazione n. 339/2020), laddove, prevede, tra l'altro, che sul dipendente ricade l'obbligo di astenersi in tutti i casi in cui, "pur non essendovi un effettivo conflitto di interessi, la partecipazione all'attività possa ingenerare sfiducia nell'imparzialità dell'Azienda".

Il Codice di comportamento vigente contiene una descrizione, non esaustiva, delle eventuali ipotesi di conflitto di interesse, regolamentando anche il processo di gestione dello stesso, ovvero tempistica, competenza e soluzioni.

Il sistema vigente nel suo complesso prevede, pertanto, in capo al dipendente un obbligo dichiarativo (pena la responsabilità disciplinare) ed un obbligo di astensione, nonché l'attivazione da parte dell'Amministrazione di procedure di gestione delle situazioni di conflitto di interessi, adottando formule organizzative alternative (es. interventi di altri soggetti, motivazioni più stringenti). È doveroso inoltre precisare sul punto, come puntualizzato dall'Autorità, che, nel caso in cui un soggetto debba astenersi, tale astensione riguarda sempre tutti gli atti del procedimento di competenza del soggetto

interessato.

L'Azienda presta particolare attenzione al profilo dell'obbligo dichiarativo, anche attraverso la predisposizione e l'aggiornamento della modulistica raccolta, in sede di nomina delle Commissioni, in sede di conferimento/autorizzazione di incarichi sia interni che esterni, in sede di attribuzione di incarichi di direzione di struttura, con impegno da parte del dichiarante a segnalare tempestivamente all'azienda eventuali situazioni di conflitto che dovessero verificarsi.

La suddetta dichiarazione è altresì prevista nello schema standard di delibera/determina previsto nel sistema gestionale in uso.

I suddetti meccanismi rafforzano il sistema di sensibilizzazione e responsabilizzazione diretta degli operatori, contestualizzando le prescrizioni normative alle attività ed alle competenze svolte, come dimostrano alcune specifiche situazioni analizzate nel corso del 2021, sia nell'area dei contratti che in quella degli incarichi e nomine.

Nella materia specifica dei contratti pubblici, anche nel 2021, il RPCT con circolare prot. AOC7/33776/202 (integrata sempre con la tabella esemplificativa elaborata dall'Autorità) ha nuovamente diffuso le linee Guida n.15/2019 "Individuazione e Gestione dei conflitti d'interesse nelle procedure d'affidamento dei contratti pubblici" richiamando l'attenzione delle strutture principalmente coinvolte (Provveditorato – Economato, Tecnico Patrimoniale e Ingegneria Clinica) sull'importanza dell'obbligo dichiarativo, ovvero che:

1. Tutto il personale assegnato alle strutture di cui sopra rilasci, all'atto di assegnazione all'ufficio o comunque a cadenza annuale, apposita dichiarazione relativa alla assenza di situazioni, anche potenziale, di conflitto di interesse e di situazioni di incompatibilità in materia di contratti pubblici;
2. Tutti i soggetti che a diverso titolo partecipano alle procedure di appalto di lavori, servizi e forniture o di concessioni (Componente/Segretario della Commissione di gara, RUP, Direttore dell'esecuzione del contratto/dei lavori, Collaudatore; Coordinatore per la sicurezza, etc.) rilascino, apposita dichiarazione relativa alla assenza di situazioni, anche potenziale, di conflitto di interesse e di situazioni di incompatibilità in materia di contratti pubblici;

La suddetta circolare è stata integrata con apposita modulistica aggiornata, completa anche degli elementi di cui all'art. 35 bis, nonché con specifico richiamo anche alle disposizioni di cui all'art. 42 e 77 del D.lgs. 50/2016, con indicazioni di acquisizione, protocollazione e conservazioni agli atti del relativo procedimento. Tale attività sarà oggetto di audit, da parte del RPCT.

Specifiche dichiarazioni circa l'assenza di conflitto di interessi è contenuta nella modulistica formalizzata nel Regolamento aziendale per l'acquisto di dispositivi medici e diagnostici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli infungibili, di cui alla deliberazione 291/2018.

Quanto sopra nella considerazione che l'inosservanza dell'obbligo di astensione:

- Costituisce causa di illegittimità dell'atto, configurandosi un'ipotesi di eccesso di potere;
- Configura ipotesi di responsabilità disciplinare del dipendente, con sanzioni applicabili in base ai principi di gradualità e proporzionalità ai sensi dell'art.16 del DPR 62/2013, responsabilità di risultato con impatto sulla corresponsione del trattamento economico accessorio, fatte salve eventuali ulteriori responsabilità amministrative e penali (abuso d'ufficio).

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure sull'imparzialità soggettiva - Nomina di commissioni di concorso e di gara, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

L'art. 35 bis del D.lgs. 165/2001, prevede preclusioni ad operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo, laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la P.A. In particolare tali soggetti:

1. Non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
2. Non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
3. Non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Tale articolo presenta forti analogie con quanto previsto dall'art. 3 del D.lgs. 39/2013, per cui i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per lo svolgimento di alcune attività, sono, per scelta del legislatore, di fatto esclusi in presenza di precedenti penali, senza che sia consentito alcun margine di apprezzamento all'amministrazione. Sono pertanto misure di natura, non sanzionatoria, ma preventiva a tutela dei principi di imparzialità e buon andamento della P.A.

È doveroso però segnalare che mentre l'art. 3 del d.lgs. dispone il divieto di ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati, l'art. 35 bis prevede invece ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica.

Si evidenzia inoltre che il codice dei contratti pubblici (art. 77, co. 6 del d.lgs. 50/2016), nel disciplinare la composizione delle commissioni giudicatrici, richiama espressamente tale normativa, per cui una eventuale nomina in contrasto determina

l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Per quanto concerne l'assegnazione con funzioni direttive agli uffici indicati al nr. 2 della norma, la dichiarazione viene, di fatto, acquisita all'atto del conferimento incarico ed in sede di dichiarazione annuale da parte dell'U.O.C. GRU, mediante la modulistica indicata alla lett. f) del presente paragrafo.

Le U.O.C. interessate da procedure che implicano nomina di commissioni come emerso in sede di monitoraggio, riferiscono allo stato di acquisire le relative dichiarazioni, utilizzando formule proprie o un modello di dichiarazione, integrato con gli aspetti relativi al conflitto di interessi.

Atteso che l'efficace realizzazione della misura in oggetto prevede che si proceda ad effettuare controlli interni, anche su base campionaria, sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione in ordine alla sussistenza di condanne, si sta procedendo annualmente, anche compatibilmente con le risorse disponibili, ad effettuare controlli su singole strutture. Nell'anno 2020 sono state verificate le Commissioni costituite presso l'U.O.C. Provveditorato, nell'anno 2021 quelle costituite presso l'U.O.C. GRU.

Successivamente, via pec, si è provveduto a chiedere ai Tribunali di competenza, conferma dell'assenza dei reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale. Purtroppo, per i 18 controlli attivati, solo una parte, sebbene i solleciti, è stata riscontrata dalle procure competenti, con esito negativo.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)

L'art 1, comma 51, della Legge n. 190/2012, al fine di consentire l'emersione di illeciti, ha introdotto un obbligo di tutela a favore del dipendente che segnala (cosiddetto "whistleblower") condotte illecite agli organi competenti. A fine 2017 un importante passo avanti è stata l'approvazione della legge n.179 del 30.11.2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato" La normativa prevede:

1. La tutela dell'anonimato;
2. Il divieto di discriminazione nei confronti del "whistleblower";
3. La sottrazione al diritto di accesso della denuncia, fatte salve le eccezioni espressamente indicate.

La legge 179/2017 rafforza tali tutele ponendo l'onere della prova che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante siano motivate da ragioni estranee alla segnalazione, infatti il segnalante licenziato ha diritto alla reintegra nel posto di lavoro e al risarcimento del danno.

L'Azienda Ospedaliera in linea con le previsioni del Codice di Comportamento aziendale (art. 8) si è dotata di misure a tutela dell'anonimato del segnalante, per le condotte illecite di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Ha disciplinato tali aspetti, con una nuova Whistleblowing Policy per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e delle forme di tutela del "Segnalante", disponibile dal 05/05/2020 sulla home page del sito aziendale integrata sia con l'informativa sul trattamento dei dati personali aggiornata, sia con i moduli di segnalazione di condotte illecite, nello specifico:

- Modulo A: relativo ai dati del segnalante;
- Modulo B: relativo ai dati e le informazioni sulla Segnalazione.

L'Azienda, sebbene lo abbia valutato, non ha mai acquisito una piattaforma informatizzata per l'acquisizione delle segnalazioni, anche, per effetto della circostanza oggettiva, che non è mai pervenuta alcuna segnalazione, né da parte dei dipendenti né da parte di lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi

La procedura definita, che verrà aggiornata laddove se ne rinverga la necessità, ha comunque rafforzato le garanzie di anonimato del dipendente pubblico con particolare riguardo ai canali di trasmissione. La segnalazione allo stato attuale può essere presentata con le seguenti modalità:

1. mediante invio all'indirizzo di posta elettronica trasparenza@ospedalideicolli.it, in tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
2. a mezzo del servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione: per garantire la riservatezza, si è stabilito che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
 - la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
 - la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B);
 - entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "Riservata - Whistleblowing" ed indirizzate al RPCT. Tali comunicazioni verranno acquisite al protocollo generale dell'Azienda, con l'opzione "riservata", tramite scansione e registrazione solo dell'involucro esterno, che verrà poi trasmesso senza ritardo al RPCT;
3. verbalmente, mediante dichiarazione rilasciata al RPCT e verbalizzata.

Atteso che con delibera dell'Autorità n. 469 del 9 giugno 2021 sono state adottate "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art.54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)", è stata programmata la revisione della procedura definita e

pubblicata al fine di verificare la conformità della stessa alle nuove Linee guida con particolare riferimento a: ambito soggettivo, oggetto, tutela della riservatezza, ruolo del RPCT e procedura di gestione.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure in materia di Gestione del Contenzioso ed Affari Legali.

Con deliberazione n. 1013 del 18/12/2020 è stato approvato il Regolamento per il funzionamento dell'U.O.C. AA.LL. in cui vengono, tra l'altro, dettagliate le ipotesi in cui è possibile avvalersi di legali esterni e le procedure seguite per la liquidazione dei relativi compensi. Nel Regolamento sono altresì specificati i compensi dovuti agli Avvocati in servizio presso la U.O.C. Affari Legali, che sono incaricati direttamente del contenzioso giudiziario nell'interesse dell'Azienda.

E' stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri (deliberazione n. 362/2021) e sono stati potenziati flussi comunicativi tra le UU.OO. interessate, le DD.MM.OO., l'U.O.C. Medicina Legale e l'U.O.C. AA.LL., al fine di consentire valutazioni tempestive circa la possibile definizione stragiudiziale del contenzioso, nonché per fornire adeguato supporto per la valutazione delle proposte transattive formulate dal giudice.

Anche quest'area già mappata più accuratamente nel 2021, distinguendo tra contenzioso legato a sinistri e non, è stata ulteriormente arricchita con il processo "conferimento incarichi medico legali e specialistici", atteso che il CVS, nello svolgimento dei suoi compiti, si avvale di consulenti medico legali, cui vengono conferiti incarichi secondo le indicazioni del regolamento aziendale approvato con Delibera 363/2021, in cui sono specificati tra l'altro i requisiti generali ed i compensi previsti. Allo stato non sono state ancora codificate procedure per la scelta del medico specialista, figura normativamente prevista, da affiancare al medico-legale.

E' stato altresì adottato specifico regolamento per la concessione del patrocinio legale ai dipendenti aziendali (deliberazione n. 654/2021), secondo preventivi redatti sulla base dei minimi tariffari.

I professionisti di cui si avvale, sia legali che medici, sono inseriti in una short list periodicamente aggiornata ed approvata con Deliberazione del Direttore Generale. Gli incarichi vengono conferiti secondo criteri di rotazione e trasparenza, laddove possibile e pubblicati in Amministrazione Trasparente.

Si precisa tuttavia che a far data dall'1.1.2021 l'A.O. è in autoassicurazione ciò per cui la gestione dei sinistri dovrà essere oggetto di approvazione di apposita procedura di gara, allo stato non definita.

In linea con quanto sopra esposto il 2022, vedrà il rafforzarsi delle procedure e delle misure attuate nel 2021, al fine di implementare il processo virtuoso di gestione del contenzioso, rafforzando le funzionalità interne anche al fine di una adeguata e tempestiva quantificazione del danno.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure in materia di Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio aziendale - Controllo di gestione

Le attività di predisposizione del Bilancio, dovrebbero in previsione beneficiare dell'approvazione della Procedura amministrativa contabile "programmazione acquisti" di cui alla Deliberazione 1024/202, per cui in tale fase iniziale permane la necessità di un preventivo confronto e verifica dei dati della programmazione con quanto speso (dato storico).

Le attività connesse in senso ampio alla gestione del bilancio, al flusso delle entrate e delle uscite e per effetto sulla gestione contabile patrimoniale delle risorse, implicano necessariamente il rafforzamento dell'organizzazione e dei sistemi contabili-amministrativi, attraverso il potenziamento dei sistemi informatici e di procedure gestionali codificate.

Nella gestione del ciclo attivo, è stato adottato specifico regolamento per la prevenzione dei fenomeni di riciclaggio, individuando il Referente nel Direttore dell'U.O.C. GEF (deliberazione 436/2021)

Il processo della fatturazione attiva è informatizzato e tracciato nonché sottoposto a controlli periodici mediante controlli degli elaborati trasmessi dalle singole strutture e dall'esterno, prima del consolidamento propedeutico alla redazione dei documenti di bilancio. Le attività di recupero crediti, con la connessa valutazione dell'esigibilità degli stessi viene svolta periodicamente e rendicontata. Sono in corso di attivazione meccanismi automatizzati che garantiscano l'ulteriore tracciabilità degli incassi per prestazioni sanitarie.

Nella gestione del ciclo passivo, sono incoraggianti i risultati raggiunti dall'Azienda, in termini di tempestività dei pagamenti, come risulta dall'indicatore regolarmente pubblicato. Il pagamento delle fatture avviene a valle dei controlli effettuati dalle UO interessate. Dall'anno 2022 è obbligatorio, per qualsiasi tipo di fattura l'emissione di un ordine informatizzato (NSO), che viene inviato al MEF, che consente di tracciare il ciclo passivo ed in assenza del quale non è possibile pagare. E' adottata in fase sperimentale la procedura informatica per "benessere alla liquidazione".

Per le spese in economia, allo stato ridotte in quanto limitate ai casi di urgenza e in assenza di contratti attivi, sono state razionalizzate dall'andata a regime del nuovo atto aziendale che ha disposto la centralizzazione della funzione di acquisto in capo alla U.O.C. Provveditorato ed Economato anche al fine di migliorare i processi di programmazione attraverso gare centralizzate. Le richieste di beni di consumo vengono effettuate dal 2021 attraverso un sistema informatizzato al fine di garantire maggiore tracciabilità. Saranno implementate anche le procedure informatizzate di gestione del magazzino, per migliorare le verifiche periodiche sulle giacenze.

Il patrimonio immobiliare dell'azienda è dedicato prevalentemente allo svolgimento di attività istituzionali e di servizio agli

stessi (bar, parcheggio, banca). I dati identificativi degli immobili ed i fitti percepiti dall'Azienda sono pubblicati in amministrazione trasparente, ai sensi dell'art. 30 del D.lg. 33/2013 e s.m.i. Nel gennaio 2021 è stata acquisito il complesso immobiliare di proprietà INPS che insiste nel perimetro dell'Ospedale Monaldi (deliberazione 15/2022) da destinare sempre a finalità istituzionale, il cui valore di acquisto, già definito dall'Istituto, come base d'asta, è stato verificato dall'Agenzia del Territorio (Ufficio Provinciale di Napoli Settore Servizi tecnici), preposta al rilascio delle congruità economiche richieste dagli Enti Pubblici.

Per la gestione dei cespiti, è stata rilasciata una nuova funzionalità del SIAC per la registrazione degli stessi già al momento dell'ordine, con apposizione della relativa etichetta. È stata effettuata anche la formazione del personale preposto all'utilizzo.

È in corso di definizione una procedura per la gestione del fuori uso e la cancellazione del bene dal registro cespiti.

La gestione del parco automezzi è stata nel 2021 oggetto di adozione di specifica regolamentazione, da implementare in funzione di auspicato potenziamento delle risorse umane.

Particolare attenzione è stata dedicata alla gestione inventariale delle tecnologie sanitarie, alla loro movimentazione e messa in fuori uso anche per evitare i rischi connessi all'indebita diffusione dei dati personali contenuti.

Per quanto riguarda l'attività di accettazione delle donazioni, oggetto già di specifica regolamentazione aziendale, i relativi atti continuano ad essere pubblicate in Amministrazione Trasparente. L'aggiornamento del regolamento relativo all'accettazione di beni e comodato d'uso (delibera 1000/2016), sebbene già in programmazione, non è stato ancora formalizzato.

In materia di accettazione di donazioni, sono doverose alcune puntualizzazioni in materia di donazioni da Covid. L'art. 99 del D.L. 17.03.2020, n. 18 c.d. "Cura Italia", convertito nella L. 24.04.2020, n. 27, recante "Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19" e, segnatamente, il comma 5 dello stesso che prevede che "(...) ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata (...) assicurandone la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet ... al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità".

Per le donazioni in denaro sia dirette che su piattaforma di crowdfunding, nel 2022 è stata formalizzata, con Deliberazione 22/2022, la relativa rendicontazione (Euro 5.885.865) attraverso lo schema tipo suggerito da ANAC, contenente un elenco dettagliato delle entrate e delle uscite, riportante, per le "Uscite" gli estremi dei provvedimenti (delibere/determine) di spesa e gli estremi delle fatture di acquisto (numero, data e importo), per le "Entrate" le delibere di accettazione, in ciascuna delle quali è riportato in dettaglio il numero del provvisorio di entrata e l'importo della somma donata. Tale schema sarà utilizzato anche per le somme residue donate nel 2021.

Il controllo di gestione continuerà le attività di monitoraggio sull'andamento dei costi e della produzione attraverso l'implementazione dei sistemi informatici per garantire la qualità dei controlli con l'utilizzo, previa formazione specifica, della funzionalità knowage (ambiente procedurale intranet) quale evoluzione di Spago-Bi ed implementazione processo di negoziazione Piano Performance, attraverso l'implementazione dei processi comunicativi di produzione ed elaborazione dati (cruscotti, grafici, andamenti di sintesi a leggibilità immediata). La costruzione del sistema di budget preventivo autorizzativo è in implementazione attraverso l'invio di report periodici ai centri di spesa accompagnato dallo scadenzario dei contratti aziendali relativi ai servizi aziendali essenziali. Sul punto risultati ottimali potranno essere raggiunti con l'avanzamento dei "Percorsi attuativi della Certificabilità" (PAC), già descritti nel contesto interno.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure in materia di Contratti pubblici - Rafforzamento dei livelli di trasparenza – Patti di integrità

L'area relativa ai contratti pubblici è tra quelle che presenta i più elevati indici di rischio per cui vi è, pertanto, la particolare necessità di concentrare l'attenzione sulla corretta identificazione dei processi e sulla corrispondente predisposizione di misure finalizzate a prevenire i rischi corruttivi. All'interno di questo macro-settore, l'attività è stata scomposta in macro processi e processi, attenendosi alle indicazioni fornite dall'Aggiornamento 2015 al PNA, concentrandosi principalmente sulle misure che si intendono mettere in atto per prevenire il rischio di corruzione nella scelta del contraente alterando i meccanismi della concorrenza, nonché di omesso controllo in fase di esecuzione al fine di favorire indebitamente un operatore. Nel corso del 2022 tale attività è stata svolta anche tenendo conto delle indicazioni contenute nel documento approvato da ANAC il 2 febbraio 2022, in particolare della Sezione III, in cui sono contenuti dei "focus" specifici per l'area contratti pubblici, incentrati su quelle tipologie di processo che si sono dimostrate, sia dall'analisi dei precedenti giudiziari sia dall'esame delle irregolarità riscontrate dagli uffici di vigilanza, le più permeabili a rischio corruttivo. Per ciascun Focus è stata svolta una attività di analisi confrontando i rischi individuati da ANAC, con quelli contenuti nella precedente programmazione, integrandoli, laddove necessario, e orientando il processo interlocutorio con le UU.OO. responsabili.

Gli aggiornamenti 2015 e 2016 hanno dedicato ampio spazio all'area di rischio dei contratti pubblici con approfondimenti dedicati alla contrattazione pubblica in sanità, che è specificamente caratterizzata da:

1. varietà e complessità dei beni e dei servizi acquistati;
2. varietà delle professionalità coinvolte nel processo di acquisto;

3. coincidenza, di norma, tra il soggetto che propone l'acquisto (il clinico) e l'utilizzatore del bene con il rischio che le scelte di acquisto possano essere soggettivamente orientate;
4. presenza di situazione d'urgenza né previste né prevedibili, fondate su esigenze cliniche.

Attese le suddette specificità l'Azienda ha provveduto, già nel 2021, ad un aggiornamento della mappatura dei processi relativi a questa area di rischio secondo l'impostazione ANAC, dedicando nella presente programmazione particolare attenzione ai seguenti macroprocessi:

- Analisi dei fabbisogni e programmazione attraverso il potenziamento della funzione di coordinamento dell'attività di HTA, con diretto impatto sulla funzione di supporto alle U.O. per la definizione delle specifiche tecniche dei beni e dei servizi e con impatto indiretto sull'attività di programmazione che sarà unificata in capo alla U.O.C. Provveditorato ed Economato. È sta inoltre formalizzata una procedura per l'elaborazione dei fabbisogni nel loro complesso.
- Attivazione di vigilanza collaborativa con l'Autorità ex art. 213, co. 3, lett. h) del Codice Appalti, a seguito degli eventi corruttivi, emersi da una maxi operazione condotta dalla DDA di Napoli e della polizia di Stato in data 22.10.2021, che hanno riguardato, fra gli altri, soggetti che rivestono il ruolo di soci e di amministratore unico di alcuni fornitori, nonché dipendenti a tempo indeterminato dell'AO dei Colli. Nello specifico l'ANAC ha accolto la richiesta, limitando tuttavia l'attività di vigilanza a due procedure di gara, individuate dall'azienda, una nell'ambito della ristorazione o della somministrazione di bevande o cibo tramite distributori automatici e, l'altra, nell'ambito della pulizia, sanificazione o lavanolo.
- Approvazione di specifico protocollo di legalità, per servizi e forniture mediante adesione al Protocollo di legalità sottoscritto dalla Prefettura di Napoli, in cui l'art. 6 richiama la necessità di inserire negli atti di gara la clausola risolutiva espressa ex art. 1456, per le ipotesi in cui sia stata disposta misura cautelare o rinvio a giudizio per l'imprenditore o per i componenti della compagine sociale, per alcuni dei reati contro la P.A. Previsione molto in linea con quanto ci ha richiesto l'ANAC in sede di adesione alla vigilanza collaborativa.

Sui protocolli di legalità è necessario precisare che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, ai sensi dell'art. 1 comma 17 della L.190/2012 predispongono ed utilizzano protocolli di legalità per l'affidamento delle commesse. Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito le pubbliche amministrazioni inseriscono la cd. clausola di salvaguardia, secondo la quale il mancato rispetto del protocollo dà luogo all'esclusione dalla gara o alla risoluzione del contratto. Circa la valenza dei Protocolli di legalità, essa è direttamente collegata al tema della natura giuridica degli stessi. I protocolli di legalità infatti sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico al fine di introdurre misure volte al contrastare le attività illecite e, di conseguenza, ad assicurare sia il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) sia il rispetto dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Con tali accordi l'impresa si impegna non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto a tenere un comportamento leale, corretto e trasparente. In tal senso, lo strumento dei protocolli di legalità può considerarsi utile nella misura in cui i mezzi legislativi appaiono spesso lacunosi ed inefficaci. Pertanto, il sistema pattizio si pone accanto all'impianto legislativo, come strumento ulteriore e rafforzativo per assicurare la legalità e la trasparenza nel settore delle commesse pubbliche.

Considerato che l'ANAC anche nei Focus di cui sopra ha rilevato come sia ancora troppo ampio il numero di contratti stipulati con procedure ristrette, affidamenti diretti o senza la previa pubblicazione del bando di gara con evidenti ripercussioni sulla concorrenza e sulla trasparenza e conseguenti rischi di corruzione, in un sistema che punta pertanto al rafforzamento della trasparenza e tracciabilità dei percorsi, l'Azienda Ospedaliera dei Colli intende ancora proseguire nell'implementazione delle azioni volte a rafforzare il sistema di prevenzione, attraverso misure di monitoraggio che consentano di evidenziare e monitorare eventuali situazioni anomale.

Nel corso del 2021 si è proceduto a monitorare gli affidamenti eseguiti con le tipologie di procedimenti sopra citati (ritenuti poco virtuosi dall'ANAC), tramite gli specifici indicatori finalizzati al monitoraggio dell'acquisto di beni e servizi e al controllo sulle condizioni di gara che interferiscono sulla libera concorrenza, creando una possibile disparità di trattamento. Nello specifico è emerso, estraendo i dati pubblicati in L. 190 che, per i servizi e le forniture, la percentuale di affidamenti diretti è stata pari al 37% del totale del valore economico delle procedure di affidamento nel loro complesso (dato in diminuzione rispetto al 2020). Dato decisamente più basso per i lavori.

Relativamente al monitoraggio delle proroghe, per i lavori non è stata disposta alcuna proroga, mentre per i servizi e le forniture è in valutazione l'implementazione del sistema in uso per l'estrazione dei dati L. 190, già perfettamente comunicante con il sistema contabile (SIAC), per l'attivazione di meccanismi di estrazione dei contratti latu sensu ampliati, per le successive analisi e valutazioni.

La U.O.C. Provveditorato nel corso dell'anno corrente è stata altresì impegnata nell'implementazione dei percorsi di adeguamento dei prezzi di riferimento raccolti dall'Osservatorio Soresa, ottenendo l'allineamento dei prezzi di alcuni prodotti, di cui si è proceduto ad inserire il nuovo prezzo nei contratti e ad emettere le relative note di credito. Tale attività potrebbe registrare una battuta di arresto in controtendenza per effetto dell'aumento del costo delle materie prime e della crisi energetica generata dal conflitto russo-ucraino.

Per i beni infungibili, nr. 12 affidamenti circa nel 2022, continua a trovare applicazione la regolamentazione aziendale.

La nomina dei RUP continuerà ad essere effettuata in ottemperanza delle linee guida ANAC N.3/2017.

L'azienda, inoltre, prima con delibera n 95/2020 e successivamente con delibera di rettifica e integrazione n.200 del 11.03.2021, ha deciso di dotarsi di specifica regolamentazione per l'individuazione e la nomina dei Direttori dell'

esecuzione dei contratti, preliminarmente e in funzione della destinazione dei beni e dei servizi, al fine di garantire una migliore e più efficace attività di gestione del contratto, relativamente alla fase di monitoraggio e controllo sull'utilizzo di bene e/o sull'erogazione del servizio e potenziando i meccanismi di segregazione delle funzioni e dei compiti.

Tale decisione è stata presa in applicazione della Linee Guida Anac n. 3 paragrafo 10, che consentono di nominare un Direttore dell'esecuzione del contratto diverso dal Responsabile Unico di Procedimento anche per prestazioni di importo inferiore ad Euro 500.000,00, in caso di ragioni concernente l'organizzazione interna alla stazione appaltante, che impongono il coinvolgimento di unità organizzativa diversa da quella a cui afferiscono i soggetti che hanno curato l'affidamento.

Circa l'effettivo controllo sulla esecuzione/esecuzione conforme dei lavori e delle forniture, fermo restando le competenze del DEC e del Direttore dei Lavori, vengono effettuati anche controlli e monitoraggi dai relativi RUP. Tali attività andrebbero sistematizzate e strutturate anche potenziando i sistemi del controllo di gestione.

Saranno ulteriormente implementate le misure di rafforzamento della trasparenza attraverso l'utilizzo delle piattaforme MEPA e SIAPS, che consentono l'accessibilità on line della documentazione di gara, la disponibilità della stessa e la tracciabilità delle attività svolte.

Gli obiettivi prioritari del prossimo triennio, riguardano essenzialmente la definizione di un processo di programmazione, il rafforzamento dei meccanismi di separazione delle funzioni e segregazione dei compiti, l'utilizzo di motivazioni rafforzate nel caso di utilizzo di procedure che limitano a monte la concorrenza (procedure negoziate, offerte simili o uguali, offerte uniche valide e credibili), richiamo a patti di integrità, piena digitalizzazione dei flussi comunicativi, monitoraggio costante, qualitativo e quantitativo, sull'esecuzione del contratto.

Si conferma come **Responsabile per l'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA), l' Ing. Raffaele Scognamiglio** nominato con deliberazione n. 274 del 06.12.2018, con il compito di procedere alla verifica e/o alla compilazione e successivo aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante. Sul punto con nota prot. AOC/37911/2021, successivamente integrata con prot. AOC/770/2022, il RASA ha relazionato sugli adempimenti di competenza.

Si conferma il **Direttore dell'U.O.C. SIA, quale Responsabile dell'invio del file XML per i dati L. 190**, da effettuare ogni anno entro il 31 gennaio, con le specifiche indicate dalla Delibera ANAC 39/2016.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Misure Specifiche per l'area Sanità

Gestione attività libero-professionali, liste e tempi di attesa

L'attività libero professionale e la gestione delle liste d'attesa rappresentano una specifica area di rischio per gli enti del SSN, per le possibili interferenze con la gestione dell'attività istituzionale, con particolare riguardo alle procedure di prenotazione e all'identificazione delle classi di priorità. Disposizioni specifiche sono state introdotte anche nel nuovo Codice di comportamento aziendale, definendo puntuali doveri comportamentali per il personale addetto.

Con specifica misura di Regolamentazione, la libera professione dei dirigenti medici dipendenti, già individuata come area specifica di rischio nel PNA 2015, è disciplinata dal Regolamento aziendale, aggiornato di recente con Deliberazione 570/2021, in cui sono dettagliati presupposti, procedimento, soggetti coinvolti ed eventuale revoca. Tale attività è svolta fuori orario di servizio, come da timbratura registrata mediante apposito codice badge. L'Ufficio ALPI ha il compito di effettuare le verifiche sul corretto esercizio dell'attività libero professionale in stretta connessione con il controllo sulle liste di attesa, atteso che il rilascio delle nuove autorizzazioni, prevede sempre la verifica dei tempi di attesa.

Fondamentale in tal senso è l'attività della Commissione Paritetica che provvede al controllo dei volumi di attività erogati in regime di ALPI, formulando anche proposte migliorative. I dati relativi alle prestazioni in regime di LP, con i relativi volumi sono inviati anche ad AGENAS per i monitoraggi periodici.

I tariffari relativi alle prestazioni sia chirurgiche che ambulatoriali erogate dai medici autorizzati sono in corso di aggiornamento e si provvederà inoltre al monitoraggio dei volumi di attività erogati in LP dai singoli dirigenti per anno solare (DCA 25/2020), mediante pubblicazione annuale dei relativi dati (nr. grezzo di prestazioni erogate).

L'inserimento in lista avviene per le prestazioni erogate in regime di LP a valle di una scelta del paziente, che individua il professionista. Per le visite ambulatoriali, il percorso è tracciato perché la gestione delle liste è informatizzata e la prenotazione/pagamento viene effettuata presso il CUP, per le prestazioni in LP intramuraria, e presso il professionista autorizzato, per la LP extramuraria. I pagamenti vengono effettuati tutti con moneta elettronica. L'accesso alle prestazioni di ricovero in regime di L.P. è preceduto dal versamento presso la Tesoreria del 100% del relativo importo. L'incasso delle relative somme è verificato dal GEF sulla base dei contratti sottoscritti dall'Ufficio ALPI.

Nelle attività di gestione delle liste d'attesa vengono rispettate le classi di priorità stabilite a livello nazionale, distinguendo tra prima visita e follow up successivo. Sono utilizzati sistemi di pulitura delle liste d'attesa, attraverso recall anche per migliorare la qualità delle informazioni fornite ai pazienti. L'attività di pulitura delle liste d'attesa è in corso di ulteriore implementazione, attraverso attività di verifica straordinaria dei pazienti in lista, da svolgere attraverso la ditta affidataria del servizio di CUP.

Per le prestazioni ambulatoriali, l'inserimento viene effettuato dal personale del CUP, sulla base delle disponibilità

contenute nelle agende di reparto, ed è vincolato dalla classe di priorità indicata in ricetta o dal professionista competente. In caso di overbooking, viene acquisita specifica autorizzazione del professionista competente

Per le prestazioni in regime di ricovero, l'inserimento in lista avviene ad opera del professionista a seguito di una valutazione complessiva, di carattere clinico ed organizzativo, anche in funzione dell'idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze (pertinenza strutturale)

Particolare attenzione è stata dedicata nel corrente anno all'istituto del convenzionamento interno, attraverso una specifica attività di programmazione e rendicontazione dello stesso. La liquidazione mensile delle relative spettanze viene disposta da una determina dell'U.O.C. GRU, integrata da una formale attestazione dell'Ufficio Alpi e Liste d'attesa.

L'area delle Liste d'attesa è stata, nella presente programmazione, ulteriormente arricchita con i processi relativi al trapianto di cuore con particolare attenzione all'inserimento in lista e alla allogazione dell'organo.

I dati relativi alle Liste di attesa per le prestazioni "traccianti", sia chirurgiche che ambulatoriali sono estratti dal cruscotto regionale e sono pubblicati (ai sensi dell'art. 41, c. 6 del d.lgs. 33/2013) con cadenza trimestrale, indicando per ciascuna prestazione la classe di priorità, le prestazioni erogate, i giorni di attesa e la percentuale di performance. Quest'ultima rappresenta, per le prestazioni ambulatoriali, il rapporto percentuale tra le prestazioni "erogate" entro il tempo massimo previsto dalla specifica classe di priorità e le prenotazioni totali. L'intervallo di tempo considerato è "Data contatto - Data prima disponibilità". In questa elaborazione non viene considerata la data di effettivo appuntamento ma, esclusivamente, la data di prima disponibilità offerta dall'Azienda; in questo modo non vengono considerati i casi in cui il paziente rifiuta la prima disponibilità preferendo un giorno successivo. Per le prestazioni chirurgiche l'intervallo considerato è "Data di inserimento in lista – Data inizio percorso pre-ospedalizzazione".

Il colore dell'indicatore, raffigurato con un pallino, passa da verde a giallo quando l'indice della Performance scende al di sotto del 90% e da giallo a rosso quando l'indice di Performance scende al di sotto del 50%.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Sperimentazione, farmaceutica e dispositivi. Contrasto eventi corruttivi

Si premette che, in tale area di rischio, disposizioni puntuali sono state introdotte anche nel nuovo Codice di comportamento aziendale, definendo puntuali doveri comportamentali.

Per quanto riguarda l'attività di sperimentazione, ritenuta, già dal PNA 2015, un'attività a forte rischio corruttivo, è presidiata dall'Ufficio di Segreteria del Comitato Etico (si precisa che il Comitato Etico a seguito del DM 8 febbraio 2013 è congiunto, AOU Luigi Vanvitelli e Azienda Ospedaliera dei Colli). Con delibera del 06.08.2020, è stato approvato il nuovo "Regolamento per la disciplina delle sperimentazioni cliniche condotte presso l'AORN Ospedale dei Colli", che disciplina l'istruttoria preliminare all'approvazione, i soggetti coinvolti, responsabilità clinica delle sperimentazioni, oneri del promotore, oneri assicurativi, gestione dei farmaci e destinazione dei proventi legati alle sperimentazioni profit. Il nuovo regolamento prevede inoltre le modalità di rendicontazione e le quote di ripartizione tra le possibili unità coinvolte, nonché l'acquisizione, all'atto della rendicontazione:

- comunicazione GEF della somma di cui viene richiesta la ripartizione;
- certificazione dello svolgimento dell'attività fuori dell'orario di servizio;
- certificazione delle eventuali prestazioni aggiuntive rispetto alla normale pratica clinica;
- certificazione della copertura degli eventuali costi aggiuntivi sostenuti dall'azienda per effetto della sperimentazione.

A seguito della nomina formale della nuova segreteria, avvenuta in data 1/08/2019, è stata svolta una attività costante, di standardizzazione e regolamentazione dei relativi procedimenti e processi, previa ricognizione degli studi in corso e rinegoziazione degli schemi di convenzione, attraverso l'utilizzo di una modulistica unica e standardizzata. I suddetti documenti sono pubblicati sul sito istituzionale, in una sezione dedicata, quest'anno arricchita con report semestrali degli studi osservazionali ed interventistici deliberati, che sarà ancora implementata. Al fine ridurre i rischi connessi all'indebita diffusione dei dati delle sperimentazioni è stata formalizzata una procedura operativa per la "Conservazione e archiviazione dei documenti essenziali degli studi clinici", la cui applicazione sarà oggetto di specifico audit.

Relativamente alla farmaceutica, nei processi di programmazione, le Farmacie provvedono, per la parte di competenza, alla valutazione delle richieste di farmaci anche al fine di ridurre la spesa, con il supporto operativo del SIAC che consente la verifica in tempo reale delle giacenze di magazzino, al fine di fornire dati necessari per la programmazione degli acquisti (Deliberazione 1024/2021). Sono stati formalizzati inoltre gli esiti di un gruppo di lavoro per la definizione di una procedura operativa sull'utilizzo dei farmaci off-label (deliberazione n. 795/2021), sulla quale sarà avviata una attività monitoraggio, mediante l'utilizzo di schemi condivisi.

Relativamente all'analisi delle terapie ad alto costo, permane l'attività di monitoraggio sull'andamento degli incrementi di spesa di farmaci e dispositivi, sull'utilizzo dell'albumina e sui farmaci antitumorali.

L'attività di controllo e vigilanza sul ciclo terapeutico e sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, è svolta attraverso il potenziamento delle funzioni dell'UOSD Gestione Clinica del Farmaco, che provvederà alla trasmissione alla Direzione Sanitaria ed alla Regione report periodici su protocolli terapeutici e sull'erogazione dei farmaci, provvedendo altresì al recepimento e diffusione delle raccomandazioni.

La gestione del magazzino sarà portata a termine con il completamento del processo presso il presidio Cotugno attraverso

l'implementazione del software specifico per la tracciabilità delle merci sia in entrata che in uscita, che consente la distribuzione ai reparti delle corrette quantità registrate in magazzino (SIAC). Il processo è comunque altamente discrezionale perché la responsabilità della gestione e dei controlli sui magazzini di reparto è affidata alle singole unità operative, per cui tra gli obiettivi 2022 rientra l'aggiudicazione della gara degli armadietti fisici di reparto dotati di sistemi di autenticazione del personale di reparto che preleva solo i farmaci associati ad uno specifico paziente, che consentiranno la piena tracciabilità dei lotti dispensati per paziente.

Sono stati censiti anche i processi relativi alla farmacovigilanza nel suo complesso, presidiati dall'omonima struttura, dando evidenza delle relative attività e misure di prevenzione.

Per quanto riguarda l'attività relativa all'informazione medico-scientifica sul farmaco, si premette che essa rappresenta un'area di rischio specifica come rappresentato dall'ANAC nella Determina 12/2015 (aggiornamento PNA 2015) in quanto collegata a possibili eventi di comparaggio e concussione, che non riguardano solo il ciclo degli acquisti, complessivamente inteso, ma anche l'introduzione e la prescrizione di farmaci in ambito ospedaliero per effetto dell'autonomia professionale del medico, anche a causa di un accesso non regolamentato degli informatori.

Sul punto, con Deliberazione n. 379/2017 a seguito del Procedimento ANAC UVMAC/PO/3753/2016, è stato approvato specifico Regolamento, la cui operatività va intensificata anche a livello di coordinamento dei tre plessi aziendali. In sede di monitoraggio è emerso, in particolare, la necessità di continuare nella ricognizione degli informatori autorizzati a svolgere attività presso l'azienda. L'accesso degli informatori è in ripresa e la tenuta della relativa documentazione viene di solito verificata nelle ispezioni periodiche sui farmaci. L'elenco degli informatori autorizzati a svolgere attività di informazione medico-scientifica in azienda viene periodicamente trasmesso alle strutture interessate dal RPCT. Rilevante è il progetto, coordinato dall'RPCT, per la gestione informatizzata degli accessi, la cui fase di analisi funzionale è terminata e per il quale gli esiti dei lavori sono all'attenzione della Direzione Strategica per le relative valutazioni. L'obiettivo del progetto è tracciare le fasi previste dal regolamento aziendale, dall'autorizzazione, allo svolgimento dell'attività fino al monitoraggio e controllo, attraverso la creazione di specifici cruscotti di analisi in cui saranno visibili tutte le richieste e gli incontri svolti con tutte le informazioni a questi associati.

L'accesso, nei complessi operatori, degli Specialist continua ad essere formalizzata mediante un modello standardizzato di autorizzazione rilasciata dal Direttore U.O.C. /UOSD e dal coordinatore del blocco operatorio.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

Decesso ospedaliero. Gestione attività successive

L'attività di gestione del decesso in ambito ospedaliero - non esternalizzata dall'Azienda - può rappresentare un'area di rischio a causa di comportamenti opportunistici da parte delle strutture interne ospedaliere nei rapporti con le imprese di onoranze funebri, per tale motivo è stato dato ulteriore impulso alla misura, anche attraverso specifica e puntuale disposizione del Codice di comportamento aziendale (art. 15, lett. a, Deliberazione 339/2020) in cui sono puntualmente declinati i doveri dei dipendenti addetti e le funzioni di controllo delle DD.MM.OO.

L'attività è stata svolta e continuerà a seguire il percorso, avviato dal 2020, in linea con le indicazioni fornite dall'ANAC con la determina n. 12 del 28 ottobre 2015, attraverso l'acquisizione e la conservazione di un modulo di registrazione salme inizialmente elaborato dalla DMO Cotugno e poi circolarizzato all'intera azienda.

Obiettivo del modulo suddetto è tracciare l'assenza di possibili coinvolgimenti degli operatori nella scelta dell'impresa funebre, garantendo pertanto, anche attraverso la tracciabilità della scelta, correttezza, legalità ed eticità nel processo in questione.

A tal fine è previsto infatti:

- da parte del parente o di chi per esso ne abbia facoltà, la compilazione del "Modulo per Registrazione Salme" in cui si dà atto di aver provveduto in modo autonomo, e senza alcuna indicazione da parte del personale dipendente dell'azienda, ad organizzare il trasporto funebre;
- da parte del personale addetto, l'acquisizione e la conservazione della relativa modulistica, per le successive attività di verifica e monitoraggio.

L'attività continua ad essere monitorata attraverso un indicatore specifico (numero di moduli acquisiti sul totale dei decessi registrati), sebbene il perdurare delle difficoltà organizzative e di accesso legate al Covid-19, l'indicatore di monitoraggio è risultato soddisfacente in tutti e tre i presidi ospedalieri, con qualche distinguo legato alla diversa complessità delle strutture.

Per presidio Monaldi la scheda di registrazione della salma è stata acquisita nel 100% dei casi, sebbene con la dicitura "famiglia assente" nella totalità dei decessi Covid e nel 20% dei decessi no Covid.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si individuano le azioni riportate nella tabella in calce al presente paragrafo e nell'allegato 2 al PTPCT.

AREA	MISURA	AZIONE	Ufficio responsabile (Soggetti a cui compete la realizzazione della misura ed il monitoraggio)	Indicatore di monitoraggio	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Tutte	Formazione	Aggiornamento Programmazione	RPCT - U.O.C. Formazione	Rinnovo/integrazione Convenzione Dipartimento di Giurisprudenza	31/12/2022		
Tutte	Formazione	Erogazione della “nuova” Formazione	U.O.C. Formazione	Calendarizzazione ed avvio corsi	31/12/2022	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Tutte	Formazione	Erogazione Formazione Specifica Settore Sanitario	U.O.C. Formazione	Erogazione n.3 moduli formativi	31/12/2022		
Tutte	Rotazione ordinaria	Implementazione Regolamento aziendale Deliberazione 1001 del 15/12/2020	U.O.C. GRU DS	Trasmissione report annuale alla DS con indicazione degli incarichi in scadenza e del tempo di permanenza negli stessi	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
Tutte	Rotazione straordinaria	Rispetto delle previsioni specifiche di cui al Codice di comportamenti e della circolare esplicativa aziendale (linee guida ANAC 215/2019)	Tutte le UU.OO. Aziendali	Tempestiva segnalazione da parte dei responsabili di struttura di eventuale notizia di avvio di procedimenti penali/disciplinari	In corso di esercizio	In corso di esercizio	In corso di esercizio
Tutte	Rotazione straordinaria	Trasmissione al RPCT dei provvedimenti di rotazione straordinaria adottati.	U.O.C. GRU	Rendicontazione periodica	In corso di esercizio	In corso di esercizio	In corso di esercizio
Tutte	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Ricognizione elementi essenziali dell'istituto	RPCT	Predisposizione e diffusione circolare	30/06/2022	implementazione nel corso del biennio	
Tutte	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Sottoscrizione di apposita dicitura nei contratti di assunzione a vario titolo	RPCT U.O.C. G.R.U. AA.LL. AA.GG.	Audit % di contratti sottoscritti	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Tutte	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Apposita dichiarazione degli operatori nei documenti di gara e nei contratti di lavori, servizi e fornitura	RPCT U.O.C. Provveditorato - Economato U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Audit % documenti di gara	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio

Tutte	Codice di Comportamento	Revisione del Codice di comportamento, per eventuali aggiornamenti.	U.O.C. GRU-RPCT	Aggiornamento codice di comportamento	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Tutte	Astensione in caso di conflitto di interesse	Obbligo dichiarativo in tutti i Provvedimenti Delibere/determine	Tutte le UU.OO	Esplicita evidenza nei provvedimenti adottati	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Contratti pubblici	Astensione in caso di conflitto di interesse	Acquisizione dichiarazione da parte di tutto il personale assegnato alla struttura (Linee guida ANAC 15/2019)	RPCT U.O.C. Provveditorato - Economato U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Audit % documenti di gara	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Contratti pubblici	Astensione in caso di conflitto di interesse	Acquisizione dichiarazione da parte di tutti i soggetti che a diverso titolo partecipano alle procedure di appalto di lavori, servizi e forniture o di concessioni (Componente/Segretario della Commissione di gara, RUP, DEC/Direttore Lavori, Collaudatore; CPS, etc.)	Provveditorato - Economato U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Audit % documenti di gara	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Contratti pubblici	Astensione in caso di conflitto di interesse	Acquisizione dichiarazioni mediante sottoscrizione modulo "Richiesta introduzione apparecchiature sanitarie	RPCT U.O.C. Provveditorato - Economato	Audit % documenti di gara	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Incarichi e nomine/ Contratti pubblici/ Acquisizione e gestione del personale	Nomina di commissioni di concorso e di gara, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.	Acquisizione Dichiarazioni	UU.OO.CC. che nominano commissioni	Dichiarazioni acquisite	in corso di esercizio	in corso di esercizio	in corso di esercizio
Tutte	Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)	Verifica conformità procedura aziendale con Delibera ANAC 469/2021	RPCT	Aggiornamento procedura	31/08/2022	In caso di aggiornamento o normativo	In caso di aggiornamento o normativo
Tutte	Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing)	Monitoraggio delle segnalazioni pervenute	RPCT	Elaborazione report e trasmissione alla DS ed all'OIV	30/11/2022	31/11/2023	30/11/2024

Contratti pubblici	Rafforzamento livelli di Trasparenza-Contratti pubblici	Funzione Responsabile Aziendale Stazione Appaltante (RASA)	RASA	Relazione annuale	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
--------------------	---	--	------	-------------------	------------	------------	------------

2.3.7 Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure

Si premette che, considerata la dimensione dell'Azienda e le specificità organizzative collegate alla mission istituzionale propria di una organizzazione che eroga servizi di elevata specializzazione, il processo di monitoraggio è sostanzialmente complesso. Esso è articolato a due livelli:

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

Il monitoraggio è nell'insieme una attività strutturata ed è:

- 1) incentrata sui processi e le misure dettagliate nella mappatura e sui singoli obblighi di pubblicazione;
- 2) svolta a cadenza semestrale, con presidio continuativo degli obblighi di pubblicazione;
- 3) eseguita con audit in presenza, schede di monitoraggio, relazioni e circolari esplicative e ricognitive.

In continuità con l'esercizio pregresso, si rileva un ulteriore e lievissimo incremento della qualità dei monitoraggi, sia in termini di consapevolezza che di partecipazione diretta dei responsabili delle strutture amministrative, tecniche e sanitarie, più esposte a rischio corruzione. L'attività è stata svolta su forte impulso ed in stretta collaborazione con il Responsabile Trasparenza e Anticorruzione e con il supporto della Direzione Strategica.

Il monitoraggio, sebbene di fatto svolto durante tutto l'esercizio, è stato comunque formalizzato in due momenti fondamentali, quest'anno più vicini a causa degli slittamenti previsti per l'adozione del Piano, rispettivamente al 31/03 nel 2021, ed al 30/04 nel 2022, anche per effetto del perdurare dell'emergenza Covid.:

I SEMESTRE 2021 (Note prott. AOC/27180 del 20/09/2021 e ss.)

È stata trasmessa a ciascuna struttura, uno schema sintetico (all. 1) estratto dal PTPCT, con la duplice funzione di:

- fornire un report delle azioni programmate;
- verificarne lo stato di attuazione, alla luce degli indicatori programmati per l'anno 2021, compilando la colonna dedicata "Stato di avanzamento al 30/09/2021", anche con riferimento agli obblighi di pubblicazione (all. 3 del PTPCT), in cui inserire eventuali criticità riscontrate nell'attuazione della misura, anche per effetto del perdurare della situazione di emergenza.

L'attività di audit, alla luce della complessità della struttura e del livello di partecipazione, è stata poi di fatto svolta, con alcune strutture a distanza, con altre in presenza.

II SEMESTRE 2021 (Note prott. AOC/5215 del 9/02/2022 e ss.)

È stata svolta con ciascuna struttura una sessione di audit, in cui nel concludere il processo di monitoraggio del Piano 2021 e, nel contempo, procedere all'aggiornamento 2022, è stato nuovamente condiviso con le singole UU.OO. il percorso di analisi del rischio, con particolare attenzione ai "fattori abilitanti" ed agli "indicatori di rischio". Lo strumento utilizzato è stato l'allegato 2 del precedente Piano, distinto per Aree di rischio e strutture, inserendo altresì nell'ultima colonna gli "esiti del monitoraggio intermedio e finale".

La suddetta scheda è stata validata e sottoscritta dai singoli responsabili.

In tale sede è stata altresì acquisita, in continuità con gli esercizi precedenti, la scheda " monitoraggio annuale PTPCT 2021 – relazione di audit ", con l'obiettivo ulteriore di evidenziare, tra l'altro:

- il personale dipendente da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità in quanto operanti nei settori a più elevato rischio di reato corruttivo;
- la conferma della mappatura dei processi come definiti nel PTPCT 2022;
- l'accertamento di eventuali violazioni delle prescrizioni del Piano tali da richiedere una revisione/proposizione delle corrispondenti misure di contrasto ovvero di avere adottato i seguenti interventi organizzativi da assumere nel Piano medesimo;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti di competenza;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sui 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;
- le esigenze in termini di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività a più elevato rischio di corruzione.

Attraverso le suddette attività sono altresì emersi sia gli elementi finalizzati all'individuazione delle criticità che hanno di fatto rallentato il percorso 2021 (ben dettagliate anche nella descrizione del contesto), sia i dati utili alla programmazione come dettagliata nel presente documento, integrando anche il livello di dettaglio della mappatura dei processi, sia in termini qualitativi che numerici.

È da segnalare che, in discontinuità con gli esercizi precedenti, ma in continuità con l'esercizio precedente, tutti gli uffici interessati hanno partecipato, sebbene non tutti tempestivamente, all'attività di audit e monitoraggio.

Il monitoraggio del PTPCT è infatti una misura costante esperita da parte del RPTC e dei referenti aziendali, in modo particolare attraverso la raccolta delle misure di contrasto e delle evidenze del loro avanzamento.

Un monitoraggio programmato e condiviso dovrebbe consentire pertanto un miglioramento progressivo e costante del sistema nel suo complesso, al fine di verificare il livello di dettaglio dell'analisi dei processi e l'idoneità delle misure al trattamento del rischio. L'attività di monitoraggio, come sopra descritta, definisce in tal senso il percorso di riesame periodico che integra la programmazione, secondo una logica sequenziale e ciclica che, utilizzando gli elementi già acquisiti, in termini di analisi e metodologia, consente l'individuazione dei correttivi necessari ed opportuni per la progressiva realizzazione delle strategie di prevenzione della corruzione.

Gli esiti del monitoraggio, oltre ad essere la base di elaborazione del presente Piano, sono stati formalizzati nelle relazioni trasmesse all'OIV ed alla Direzione Strategica.

2.3.8 Attuazione della trasparenza

L'attuazione della trasparenza, che rientra tra gli obiettivi strategici aziendali come dettagliati nella sezione I, rappresenta uno strumento indispensabile per la realizzazione dell'integrità all'interno di tutte le attività svolte. La puntuale declinazione degli obblighi di pubblicazione è infatti parte integrante del Piano, costituendone specifico allegato (conforme alla Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*") in cui sono indicati i contenuti dei singoli obblighi di pubblicazione, la tempistica, i soggetti/uffici responsabili della Elaborazione e pubblicazione.

Il suddetto allegato rappresenta pertanto la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione, in cui sono riportate in grigio le sottosezioni di primo e secondo livello relative ai dati non più oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi del D.lgs. 97/2016, nonché per effetto di ulteriori interventi normativi.

La voce (n/a) è stata riportata nei casi in cui:

- in coerenza con gli ambiti soggettivi di applicazione come definiti da ANAC (Delibera CIVIT 50/2013 all. 1 e determina ANAC n. 241/2017), l'obbligo non sia applicabile agli enti del SSN (es. Pianificazione e Governo del territorio);
- in funzione delle attività istituzionali, quel dato non è di pertinenza dell'Azienda (es. Enti Controllati).

I dati sono solitamente pubblicati in "Amministrazione Trasparente" secondo la tempistica stabilita dall'Allegato, in funzione della disponibilità del dato e dell'aggiornamento tecnico dello stesso. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, non essendo stato specificato dal Legislatore il concetto di tempestività, né avendo l'Autorità fornito ulteriori precisazioni e/o criteri di valutazione per fissare i termini da parte delle amministrazioni pubbliche, si ritiene utile segnalare quanto indicato nel PNA 2018, in relazione alla semplificazione per i piccoli comuni per i quali "*si è ritenuto opportuno non vincolare in modo predeterminato le amministrazioni ma si è preferito rimettere all'autonomia organizzativa degli enti la declinazione del concetto di tempestività in base allo scopo della norma e alle caratteristiche dimensionali di ciascun ente*". L'indeterminatezza dell'avverbio tempestivamente, pur esprimendo l'idea di brevità, sembra assegnare un margine di tolleranza ed elasticità all'amministrazione nell'individuare l'esatta distanza temporale fra il venire in essere dell'atto o dell'informazione e l'effettiva pubblicazione. Per quanto sopra, laddove non sia prevista una disciplina puntuale, ed al fine di rendere più oggettivo il concetto di "tempestività":

- i documenti contenenti atti (art. 8, c.1 del d.lgs. 33/2013), sono pubblicati entro 30/60 giorni dalla loro formale adozione, atteso che la norma riferita ai suddetti documenti, pone l'accento sulla tempestività della pubblicazione iniziale, dopo la quale l'atto permane sul web nella sua forma definitiva. Resta ferma comunque la pubblicazione immediata di tutti i provvedimenti amministrativi nella sezione "Delibere e determine";
- i documenti contenenti informazioni e dati (art. 8, c. 2 del d.lgs. 33/2013), anche a livello aggregato, sono pubblicati ed aggiornati con le tempistiche concordate anche con le strutture, in termini di rilevanza del dato e sostenibilità dell'attività, atteso che la norma riferita ai suddetti documenti, esprime una esigenza di aggiornamento in modo da cercare di assicurare un allineamento costante all'elemento reale. Si precisa pertanto che con il termine aggiornamento non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate.

Per quanto sopra, nell'all. 3 è stata inserita, nel 2022 una indicazione aggiuntiva, contenuta in una colonna specifica, che integra, la previsione normativa relativa all' "Aggiornamento".

Si precisa comunque che i contenuti presenti nelle singole sezioni sono aggiornati in relazione alla produzione e pubblicazione da parte degli uffici competenti delle informazioni necessarie previste dalla normativa vigente.

In merito alla tempistica dell'aggiornamento dei dati da pubblicare, non possono non segnalarsi casi di intempestività, soprattutto nelle ipotesi in cui la pubblicazione viene effettuata in maniera aggregata, previa ricezione dei dati da parte dei possessori degli stessi (es. emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica). Risulta sovente che il RPCT e la Direzione Strategica, provveda con numerosi solleciti anche ad personam. Tale criticità è spesso collegata al non corretto utilizzo della casella di posta elettronica aziendale, allo stato strumento principale per una comunicazione efficace ed efficiente e permane nonostante l'Azienda sia intervenuta con specifica disposizione contenuta nel Regolamento Aziendale sull'utilizzo dei Sistemi Informatici (Deliberazione 1015/2020).

Nell'ambito di un giudizio complessivo, non può non rilevarsi che l'attività di pubblicazione, di gran parte dei dati richiede comunque una costante attività di impulso da parte della struttura del RPCT.

Misure organizzative per l'attuazione della trasparenza – Monitoraggio

Al fine della corretta attuazione delle disposizioni in materia di trasparenza concorrono il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, e tutte le strutture dell'Azienda, così come dettagliate nell'allegato dei Piani progressivamente adottati. Il RPCT, oltre i dati di stretta competenza, ha il compito di coordinare, armonizzare e stimolare gli adempimenti dei dirigenti competenti, ciascuno per i relativi obblighi di pubblicazione, al fine di assicurare l'accessibilità totale dei dati. I singoli dirigenti individuati nell'allegato sono comunque responsabili del dato da pubblicare per le strutture di competenza, monitorando altresì il buon esito della pubblicazione. L'Azienda ha pertanto, anche per la Trasparenza, fatto formalmente proprio il modello "a rete" in cui il RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti gli attori.

Per la fruibilità dei dati, tutti i responsabili dei dati devono curare la qualità della pubblicazione, affinché si possa accedere in modo agevole alle informazioni e se ne possa comprendere il contenuto.

In particolare, gli stessi devono essere:

- completi ed accurati e nel caso si tratti di documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni, ad eccezione dei casi in cui tali documenti contengano dati personali di vietata o inopportuna diffusione, anche in applicazione del principio di pertinenza e non eccedenza dei dati stessi; i dati dovranno essere altresì pubblicati in tabelle qualora ciò sia richiesto dalla norma;
- comprensibili: il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente;
- tempestivi: la pubblicazione dei dati deve avvenire in tempi tali da poter essere utilmente fruita dall'utente;
- conformi ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, permettendo la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'articolo 7 del decreto del D.lgs. n° 33/2013 ovvero "sono pubblicati in formato di tipo aperto (csv - odt) ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e sono riutilizzabili ai sensi del decreto legislativo 24 gennaio 2006, n. 36, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità". Sul punto la Delibera CIVIT 50/2013 suggerisce sia l'utilizzo software Open Source, sia formati aperti (.rtf/.cvs). Per quanto concerne il PDF ne consiglia l'impiego esclusivamente nelle versioni che consentono l'archiviazione a lungo termine e indipendenti dal software utilizzato (PDF/A).

In merito si segnalano le disposizioni specifiche di cui al citato art. 8 del Codice di Comportamento "*Il dipendente osserva scrupolosamente le misure previste dal PTPCT (...) è tenuto, in particolare (...) a prestare la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" (...) ad effettuare le pubblicazioni di competenza sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" secondo le indicazioni operative fornite dal dirigente responsabile e nel rispetto della procedura operativa per assicurare tempestività e completezza degli obblighi di pubblicità e trasparenza*".

L'Azienda continua inoltre a porre attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza per dare piena attuazione alle prescrizioni contenute nel capo I ter del D.lgs. 33/2013, Titolo "Pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti", anche alla luce delle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" del Garante Privacy di maggio 2014, allo stato ancora non aggiornate.

Sul punto si segnalano:

- le disposizioni di cui alla Deliberazione 258/2018 per cui con riferimento ai dati trattati bisogna "assicurare che i dati da pubblicare sul sito istituzionale siano conformi alla normativa in materia e siano rispettati gli obblighi di trasparenza e tracciabilità";
- le note prot. AOC/7051/2019, AOC 6545/2020, AOC/17973/2020 e AOC/34341/2021 con le quali sono state fornite indicazioni specifiche sul principio di liceità delle pubblicazioni, per il quale in tutti i documenti pubblicati, sia per finalità di trasparenza (D.lgs. 33/2013) che di pubblicità legale, i dati personali (ovvero qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile) possono essere comunicati e diffusi solo in virtù di una norma di legge o di regolamento che lo preveda;

- le attività seminariali specifiche svolte con alcune strutture che principalmente trattano dati personali (prot. AOC/2599/2022).

Nelle suddette note è stato altresì ribadito il divieto di pubblicazione dei dati qualificati come "particolari" (relativi alla salute, all'origine razziale, alle convinzioni religiose, all'appartenenza sindacale etc..) e "giudiziari" (relativi a condanne, reati, misure di sicurezza etc.), nonché di quelle informazioni dalle quali si possano desumere, anche indirettamente, tali tipi di dati (es. riferimenti alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap). Dal punto di vista tecnico, sono state pertanto ulteriormente implementate quelle funzionalità di LapisWeb, che già in sede di predisposizione degli atti consentono tra l'altro l'impiego dell'opzione "Modello Privacy" attraverso il quale è possibile ottenere un testo del documento e dei suoi allegati in versione integrale, visualizzabile dai soli operatori aziendali, e un testo da porre in pubblicazione che presenterà i dati personali oscurati (non visualizzabili dai terzi). E' altresì possibile utilizzare sia una modalità "privacy" per gli allegati, per evitarne la diffusione all'esterno, sia una opzione "testo riservato" e "soggetto a privacy", che rende il documento consultabile solo agli uffici di diretta assegnazione.

Per la pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" l'Azienda continuerà ad usare il software "LapisWeb", al quale sono abilitate tutte le strutture tenute alla pubblicazione. Tale applicativo consente l'accesso ad un cruscotto di monitoraggio (il RPCT a tutte le sottosezioni, i responsabili di struttura agli ambiti di competenza), in cui viene segnalato, attraverso cui un sistema di alert, con colori diversi (verde, giallo e rosso), viene segnalata la situazione del dato in termini di "🟢 pubblicazione ok 🟡 nessuna pubblicazione 🔴 ultima pubblicazione datata". Attraverso tale sistema ciascun operatore, dotato di un profilo di abilitazione e di apposite credenziali provvede alla pubblicazione ed all'aggiornamento dei dati di competenza, attraverso permessi in visibilità, scrittura e pubblicazione per ciascuna sottosezione. L'elenco degli operatori abilitati è periodicamente rivisto dal RPCT, anche per verificare eventuali pensionamenti e trasferimenti. Le abilitazioni vengono effettuate dal personale del presidio informatico presso l'U.O.C. SIA.

Nel corso del 2021 il sistema è stato ulteriormente implementato, consentendo al cittadino anche la visualizzazione dell'informazione circa l'Unità Operativa che ha provveduto all'inserimento del dato, al fine di garantire la riconducibilità del dato alla struttura competente. Sul punto è doveroso precisare che talvolta i dati vengono inseriti dal RPCT, o perché raccolti nell'ambito di una attività generale di coordinamento (es. Attività e procedimenti) o perché il dato viene alimentato mediante un collegamento (inserito materialmente dal RPCT) a banche dati ufficiali (art. 9 bis del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.), i cui contenuti sono alimentati dalle strutture aziendali competenti (es. Consulenti e collaboratori). Il RPCT ha altresì provveduto a caricare, nella sottosezione "Interventi Straordinari", i dati relativi all'Emergenza Covid, elaborati dalle strutture competenti (U.O.C. G.R.U., U.O.C. O.V.S., U.O.C. AA.GG.), con particolare riferimento alle principali misure organizzative adottate, alle spese sostenute (per il personale, per beni e lavori), alle donazioni liberali ricevute.

Il sistema LapisWeb consente al RPCT di monitorare costantemente lo stato di aggiornamento delle informazioni, la cui pubblicazione viene richiesta costantemente durante tutto l'anno. Tale attività di presidio continuo si aggiunge ai monitoraggi ufficiali, effettuati con cadenza periodica dal RPCT, alle verifiche effettuate in collaborazione con l'OIV per l'attestazione degli obblighi di pubblicazione, ai riscontri alle istanze di accesso civico e alle dichiarazioni rese dai Dirigenti/responsabili, in sede di compilazione della griglia di monitoraggio semestrale.

Il 2021 ha visto inoltre il completamento del sistema di integrazione tra il sistema Lapisweb ed il sistema contabile SIAC, per i dati relativi alle procedure di gara di cui alla delibera ANAC 39/2016, e pubblicate, in formato tabellare, nella sottosezione "Bandi di Gara e Contratti". Nello specifico, con cadenza giornaliera le informazioni contabili presenti sul SIAC vengono recuperate dal sistema Lapis web, ed al termine del recupero i dati sono aggiornati in amministrazione trasparente. Così operando il cittadino sarà costantemente informato in merito all'avanzamento di ogni singolo CIG, anche con riferimento agli importi liquidati su ogni procedura.

In relazione agli obblighi di pubblicazione di cui alla lett. f), art. 14 c. 1 del D.lgs. 33/2013 in materia di situazione reddituale e patrimoniale della dirigenza non si può non segnalare, come per effetto dei diversi interventi da parte del G.A., della Corte Costituzionale, del legislatore e da ultimo il Tar Lazio (sentenza del 7579/2020), tale obbligo persista solo per DG, DS, DA in quanto si tratta di soggetti individuati e nominati direttamente ed indirettamente dall'organo di indirizzo politico, nonché dotati di amplissimi poteri decisori ed organizzativi e che pertanto appaiono assimilati ai titolari di uffici dirigenziali generali dei ministeri.

Come già anticipato, a causa dell'Emergenza Covid, l'azienda ha popolato la sezione relativa agli "interventi straordinari", dando specifiche evidenze delle principali misure organizzative adottate, delle spese sostenute (per il personale, per beni e lavori), delle donazioni liberali ricevute.

Misura relativa all'accesso civico

In linea con la recente giurisprudenza, che tende ad affermare la prevalenza dell'interesse conoscitivo del cittadino, anche rispetto alla qualificazione giuridica dell'istanza (accesso agli atti, civico semplice e civico generalizzato), per cui qualora non sia specificato un diverso titolo giuridico della domanda, in linea di massima è preferibile trattare l'istanza come richiesta di accesso generalizzato, l'azienda garantisce, in generale, il principio di accessibilità ai documenti ed alle informazioni.

Sul punto si segnala il pronunciamento dell'Adunanza Plenaria del 2 aprile 2020 n. 10, in cui si afferma il principio che *"(...) la pubblica amministrazione ha il potere-dovere di esaminare l'istanza di accesso agli atti e ai documenti pubblici, formulata in modo generico o cumulativo dal richiedente senza riferimento ad una specifica disciplina, anche alla stregua*

della disciplina dell'accesso civico generalizzato, a meno che l'interessato non abbia inteso fare esclusivo, inequivocabile, riferimento alla disciplina dell'accesso documentale, nel qual caso essa dovrà esaminare l'istanza solo con specifico riferimento ai profili della l. n. 241 del 1990, senza che il giudice amministrativo, adito ai sensi dell'art. 116 c.p.a., possa mutare il titolo dell'accesso, definito dall'originaria istanza e dal conseguente diniego adottato dalla pubblica amministrazione all'esito del procedimento (...)"

Viene svolta una attività di monitoraggio sulle istanze di accesso, raccolte con cadenza semestrale nel registro degli accessi, la cui pubblicazione è ormai istituzionalizzata da gennaio 2019. Sebbene sia stata inserita una specifica causale nel software di gestione del Protocollo, "accesso atti", essa non è sempre utilizzata dagli operatori del protocollo o non utilizzata correttamente, soprattutto a causa dell'impropria qualificazione a monte da parte dell'istante: spesso una semplice richiesta di cartella clinica o di informazioni viene qualificata con accesso. Inoltre, l'utilizzo della causale solo "in entrata" non consente di abbinare in automatico le registrazioni "in uscita", atteso che queste ultime vengono fornite direttamente dalle strutture interessate a mezzo mail/pec, senza passare per il protocollo aziendale.

Il registro sebbene, allo stato, sia implementato in manuale, tramite un semplice excel, incrociando le informazioni, anche parziali, estratte dal protocollo generale ed i riscontri, forniti dalle strutture che direttamente hanno riscontrato, è risultato nel corso di quest'anno, di più agevole compilazione, in quanto gran parte delle strutture trasmettono, anche per conoscenza, al RPCT i riscontri forniti. Tale modalità operativa allo stato risulta più proficua. Il registro, in linea con le indicazioni contenute nella circolare della Funzione Pubblica n. 1/2019, in fase di pubblicazione, viene depurato delle informazioni eccedenti contenuti dati personali (es, il nome del richiedente) valorizzando pertanto essenzialmente i campi relativi al monitoraggio dei tempi (data della richiesta e del riscontro), struttura competente, tipologia di accesso e oggetto dello stesso.

Sebbene, non sia stato formalizzato un Regolamento sull'accesso, le istanze, almeno in base ai dati trasmessi dalle strutture competenti, risultano riscontrate. Come richiesto dalla I Commissione Consiliare della Campania è stata svolta una attività finalizzata alla razionalizzazione delle procedure utilizzate dai cittadini per accedere a informazioni e documenti per l'esercizio del loro diritto alla salute, mediante la pubblicazione di una scheda sinottica, con la relativa modulistica, che rappresenta in maniera esplicativa le relative disposizioni normative. Tale scheda è pubblicata sul sito istituzionale, oltre che sulla sezione Amministrazione Trasparente ed è liberamente accessibile. In relazione alla modulistica utilizzata si segnala che essa non è assolutamente vincolante alla luce del criterio del minor aggravio possibile nell'esercizio del diritto, per cui l'Azienda non può subordinare minimamente l'evasione della richiesta all'adempimento di formalità ulteriori, o subordinandola all'utilizzo di modulistica specifica.

Rispetto all'attuazione della misura in oggetto per il prossimo triennio si confermano le azioni riportate nella tabella seguente:

Accesso					
AZIONE	Ufficio responsabile (Soggetti a cui compete la realizzazione della misura ed il monitoraggio)	Indicatore di monitoraggio	2022	2023	2024
Riscontro a tutte le istanze di accesso pervenute (ATTI/SEMPLICE/GENERALIZZATO)	Tutte le UU.OO.CC.	Trasmissione esito al RPCT	Semestrale	semestrale	Semestrale
Elaborazione e Pubblicazione Registro accessi	RPCT	Registro accessi	Semestrale	Semestrale	Semestrale

Per quanto non integralmente riportato nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza, si rinvia al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza approvato con Delibera n. 384/2022.

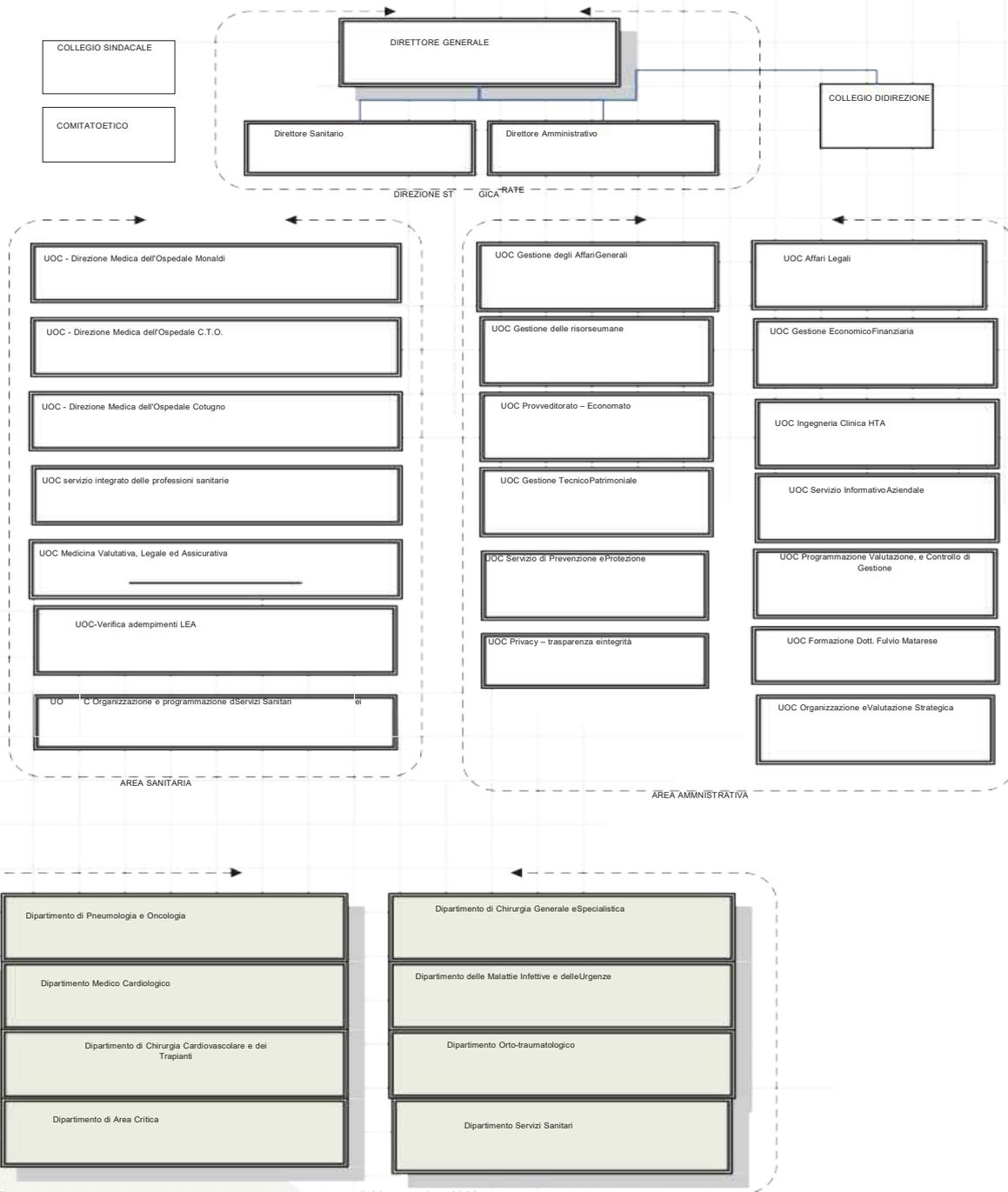
SEZIONE III

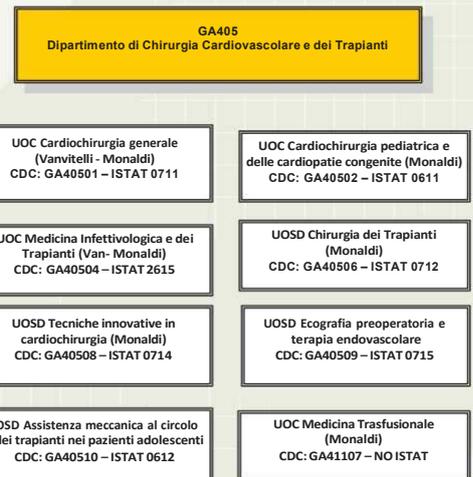
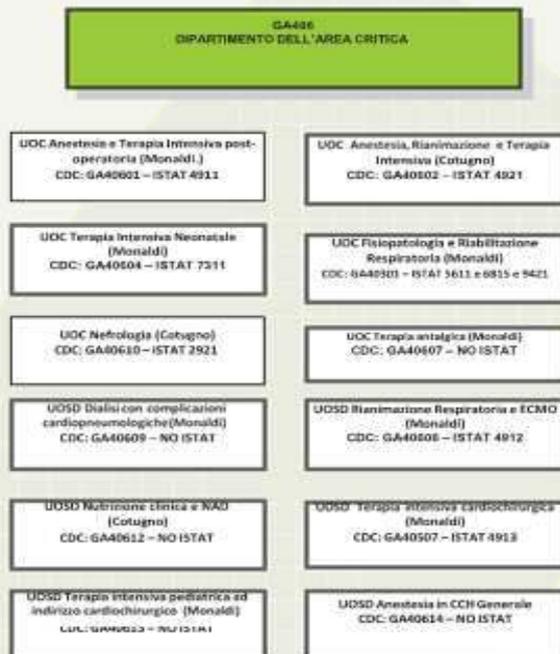
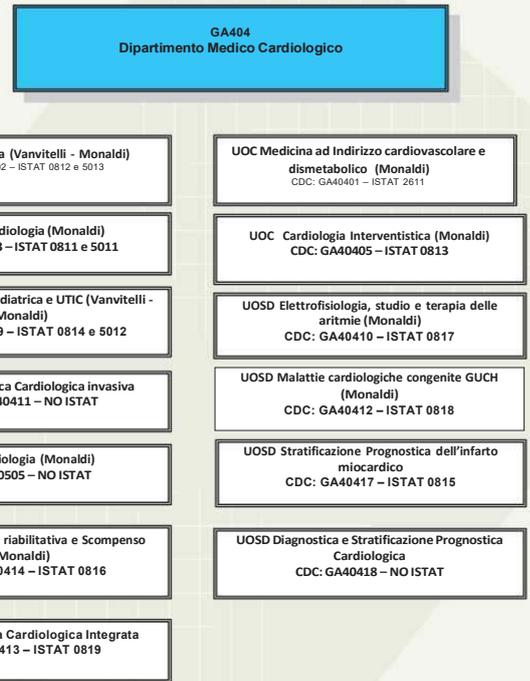
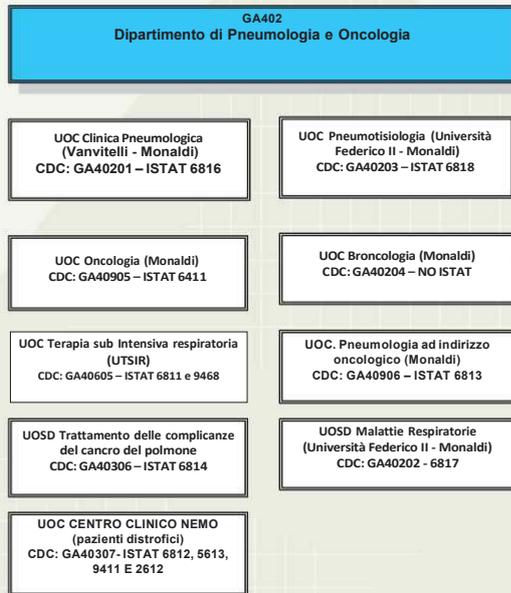
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

L'azienda, ha adottato, fin dalla sua costituzione, il modello organizzativo dipartimentale. Si riporta di seguito l'organigramma aziendale.

AO dei colli Napoli





GA408
Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica

UOC Chirurgia Toracica (Monaldi) CDC: GA40803 – ISTAT 1311	UOSD Procedure Chirurgiche del Cheraocono (Monaldi) CDC: GA40813 – NO ISTAT
UOC Chirurgia Generale (Monaldi) CDC: GA40801 – ISTAT 0911	UOC Otorinolaringoiatria (Monaldi) CDC: GA40804 – ISTAT 3811
UOC Oculistica (Monaldi) CDC: GA40805 – ISTAT 3411	UOC Urologia (Monaldi) CDC: GA40806 – ISTAT 4311
UOC Chirurgia vascolare (Monaldi) CDC: GA40503 – ISTAT 1411	UOC Gastroenterologia (Monaldi) CDC: GA40807 – ISTAT 0912
UOSD Endoscopia Digestiva (CTO) CDC: GA40811 – ISTAT 0932	UOSD Chirurgia Generale (CTO) CDC: GA40802 – ISTAT 0931

GA407
Dipartimento delle Malattie Infettive e delle Urgenze

UOC Malattie infettive ad indirizzo epato-oncologico e dei trapianti CDC: GA40702 – ISTAT 2426	UOC Malattie Infettive dell'età geriatrica CDC: GA40703 – ISTAT 2427
UOC Malattie infettive emergenti ad alta contagiosità CDC: GA40701 - ISTAT 2421	UOC Malattie infettive ad indirizzo respiratorio CDC: GA40705 – ISTAT 2422
UOC Malattie Infettive ad indirizzo ecointerventistico CDC: GA40704 – ISTAT 2429	UOC Malattie infettive e medicina di genere CDC: GA40902 – ISTAT 2424
UOC Malattie infettive e dell'immigrazione CDC: GA40901 - ISTAT 2428	UOC Malattie infettive dell'immunodepresso CDC: GA40903 - ISTAT 2423
UOSD Pronto Soccorso infettivologico ed Accettazione (Cotugno) CDC: GA40706 – NO ISTAT Dr. Nicola Maturo	UOSD Profilassi post esposizione agenti virali e batterici (Cotugno) CDC: GA40910 – NO ISTAT
UOSD Gestione paziente infettivo in stato detentivo (Cotugno) CDC: GA40908 – ISTAT 9721	UOSD Centro vaccinazioni pazienti fragili (Cotugno) CDC: GA40912 – NO ISTAT

GA411
Dipartimento Servizi Sanitari

UOC Biochimica Clinica (Monaldi) CDC: GA41104	UOC Microbiologia e Virologia (Cotugno) CDC: GA41105
UOC Radiodiagnostica (Cotugno) CDC: GA41103	UOC Radiodiagnostica (CTO) CDC: GA411048
UOC Radiodiagnostica (Monaldi) CDC: GA41101	UOC Medicina Nucleare (Monaldi) CDC: GA41102
UOC Anatomia ed Istologia Patologica (Monaldi) CDC: GA41106	UOC Servizio di Farmacia CDC: GA40106
UOC Psichiatria e per l'integrazione degli interventi di cura (Cotugno) CDC: GA40105	UOSD Patologia Clinica (CTO) CDC: GA41109
UOSD Diagnostica Senologica Integrata (Monaldi) CDC: GA1113 Dr. Sereio Piccolo	UOSD Psicologia Clinica (Cotugno) CDC: GA40109
UOSD Medicina del Lavoro CDC: GA40124	UOSD Gestione Clinica del farmaco CDC: GA40112
UOSD Farmacovigilanza CDC: GA40111	

GA410
Dipartimento OrtoNeurologico e Centro trauma zonale

UOC Neurologia e Stroke CDC: GA41004 – ISTAT 3231	UOC Ortopedia ad indirizzo protesico ed artroscopico CDC: GA41002 – ISTAT 3631
UOSD Ortopedia e traumatologia ad indirizzo protesico rigenerativo CDC: GA41001 – ISTAT 3633	UOC Neurochirurgia (Vanvitelli- CTO) CDC: GA41006 ISTAT 3031
UOC FKT- Recupero e Riabilitazione CDC: GA41007 - 5631	UOSD. FKT - percorsi fisico-riabilitativi CDC GA41008 – NO ISTAT
U.O.S.D. Chirurgia della mano CDC: GA41009 – ISTAT 3634	UOSD Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza (MCAU) CDC: GA41012 – ISTAT 5131
UOSD Trattamenti ortopedici (Monaldi) CDC: GA41013 – ISTAT 3611	U.O.S.D. Complicanze del SNC e del SNP (Monaldi) CDC: GA41014 – NO ISTAT
UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (C.T.O.) CDC: GA40603 – ISTAT 4931	UOC Cardiologia (CTO) CDC: GA40404 – ISTAT 0831

GA030
Servizi Centrali Aziendali/Staff della Direzione Amministrativa

UOC Affari Generali CDC: GA03003	UOC Affari Legali CDC: GA03002
UOC Gestione delle risorse umane CDC: GA03008	UOC Organizzazione e Valutazione Strategica CDC: GA04001
UOC Gestione Economico Finanziaria CDC: GA03001	UOC Gestione Tecnico Manutentivo e Patrimonio CDC: GA03010
UOC Provveditorato – Economato CDC: GA03004	UOC Servizio di Prevenzione e Protezione CDC: GA02006
UOC Ingegneria Clinica HTA CDC: GA03012	UOC Servizio Informativo Aziendale CDC: GA03005
UOC Privacy – trasparenza e integrità CDC: GA02008	UOC Programmazione, Valutazione e Controllo di Gestione CDC: GA02002
	UOC Formazione CDC: GA02007

GA401
Servizi Centrali Aziendali/Staff della Direzione

UOC - Direzione Medica dell'Ospedale (Mon) CDC: GA40102	UOC - Direzione Medica dell'Ospedale C.T.O. CDC: GA40104
UOC - Direzione Medica dell'Ospedale Cotugno CDC: GA40103	UOC servizio integrato delle professioni sanitarie CDC: GA40120
UOC Medicina Valutativa, Legale ed Assicurativa CDC: GA40123	UOC-Verifica adempimenti LEA CDC: GA00003005
UOC Organizzazione e programmazione dei Servizi Sanitari CDC: GA40127	

3.2 Il progetto di informatizzazione

A seguito della unificazione delle tre realtà ospedaliere avvenuta il 01/01/2011, è stata realizzato un iniziale Sistema Informativo Aziendale, sostanzialmente realizzato estendendo le procedure esistenti in precedenza. Il sistema collegava tutte e tre gli Ospedali, ma conservava distinte l'area dei servizi e delle prestazioni sanitarie e quello dell'area amministrativo – contabile e direzionale.

Nel corso del 2013 si è conclusa la procedura di acquisizione di un definitivo sistema sostanzialmente basato sul paradigma ERP (*Enterprise Resource Planning*), teso a collegare l'offerta sanitaria con i mezzi impiegati per realizzarla e renderla disponibile.

Tale sistema informativo ha offerto l'occasione per un profondo BPR (*Business Process Reengineering*), la riprogettazione dei processi aziendali in ottica di trasparenza, efficienza ed efficacia.

Obiettivo primario del progetto, era quello di gestire in modalità integrata i processi di diagnosi, assistenza e cura, sia gestionali che clinici, ponendo al centro della progettazione il paziente e la prospettiva della trasparenza delle attività.

Il progetto prevedeva la costruzione di un sistema informativo complesso basato su di una architettura tecnologicamente adeguata, in grado di garantire un idoneo supporto sia ai processi clinici che a quelli amministrativi attraverso l'adozione di una base dati unica e condivisa, anche per garantire la consistenza dei flussi informativi verso la Regione Campania ed il Ministero della Salute.

Il Sistema Informativo era caratterizzato da aree applicative nativamente integrate:

- Governo direzionale
- Bilancio e contabilità
- Gestione del personale e controllo Accessi
- Logistica
- CUP - Centro Unificato Prenotazioni per ricoveri in regime ordinario, di day hospital, day surgery, prestazioni ambulatoriali
- ATD (Accettazione – Trasferimento e Dimissione ospedaliera in regime ordinario, di day hospital, day surgery, pronto soccorso infettivologico, osservazione breve
- Gestione Diagnostiche Radiologiche, cardiologiche, ecografiche, virologiche, ematochimiche, trasfusionali
- Gestione integrata richiesta, refertazione e visibilità in reparto dei referti ematochimici, virologici e di *imaging* con firma digitale
- Cartella Clinica Informatizzata, con evoluzione alla Cartella Clinica Paper less
- Gestione integrata dei blocchi operatori
- Gestione informatizzate degli armadi farmaceutici di reparto
- Portale istituzionale per l'accesso da parte dei cittadini
- Infrastruttura di posta elettronica aziendale

Tra gli accadimenti che meritano un riferimento espresso nel presente documento, occorre evidenziare il passaggio dell'intera area amministrativo contabile alla piattaforma SIAC, costituente il Sistema Informativo Amministrativo Unico per l'intera Sanità Pubblica della Regione Campania. Tale evento, sebbene garante di uniformità nella lettura dei dati generati dalle singole Aziende Sanitarie campane, dall'altro rappresenta un problema per quelle, come l'Azienda dei Colli, che avevano raggiunto un livello qualitativo ed integrato estremamente elevato.

Per uniformare i dati, infatti, occorre garantire un livello minimo pari a quello dell'Azienda Sanitaria meno evoluta, rimandando a successivi miglioramenti progressivi le integrazioni più spinte. I processi che si sono instaurati a seguito dell'adozione nel mese di gennaio 2019 del SIAC sono differenti da quelli precedentemente in essere, impattando fortemente sia sull'intero personale amministrativo che su quello sanitario, almeno per quanto riguarda le procedure di gestione della logistica e della contabilità.

La gestione delle richieste di prelievo di farmaci e presidi, le procedure di presa in carico dei beni nei magazzini informatizzati di reparto e le modalità di scarico sono differenti, richiedendo una specifica formazione estesa a tutto il personale sanitario presente nei reparti di degenza e nei servizi diagnostici, in tutti e tre gli ospedali dell'Azienda. Occorrerà poi un *effort* specifico per la verifica che i nuovi processi garantiscano il livello di correttezza raggiunto fino

al 2018. Si rileva che nel corso del 2019 non è stato possibile rendere nuovamente operative tutte le procedure precedentemente utilizzate sul precedente ambiente, in particolare la fatturazione attiva e tutte le integrazioni che erano state messe a punto. Da quanto esposto deriva che ogni Unità Operativa avrà come Obiettivo Strategico aziendale per il 2022 quello di migliorare ulteriormente la transizione al nuovo sistema SIAC. L'obiettivo dell'utilizzo del sistema è posto in capo anche alle UO sanitarie, per quanto relativo al sistema logistico legato alla richiesta di approvvigionamenti, al corretto trasferimento dai magazzini centralizzati a quelli di reparto, alla corretta effettuazione in tempo utile degli scarichi per utilizzo.

È utile rilevare che la piattaforma SPAGO-BI, dotata di accesso distribuito e perfezionata nel 2018, non è nativamente alimentata dal sistema SIAC, necessitando di una interfaccia da realizzare. La capacità aziendale di continuare a fornire un supporto operativo all'attività decisionale dei singoli responsabili di UOC e di UO deriverà quindi dalla rapidità con la quale il sistema SIAC sarà in grado di colloquiare con il *DataWarehouse* su cui fonda SPAGO-BI. Il 2019 ha rappresentato un anno ponte, mentre si confida nel 2022 di completare la transizione e ristabilire la potenzialità informativa inizialmente disponibile fino al 2018. Anche il 2022 risulta ancora critico per l'aspetto legato alla forte discontinuità introdotta dal passaggio alla piattaforma SIAC, che porterà a rimodulare praticamente tutti i processi amministrativo contabili, strettamente interconnessi e integrati. Anche la componente assistenziale risente del cambiamento in quanto l'intera impalcatura logistica e degli approvvigionamenti è stata anch'essa sostituita.

3.3 Le risorse umane

Le risorse umane dell'Azienda costituiscono l'elemento su cui si basa ogni attività e parte della *vision* dell'Azienda dei Colli è la formazione costante ed il miglioramento non solo delle conoscenze tecnico-professionali, ma anche della condivisione della conoscenza delle strategie e dei piani aziendali definiti in sede di negoziazione di budget, al fine di migliorare i processi trasversali definiti dal *management*.

Lo sviluppo del processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, il livello delle attrezzature e dei sistemi sia elettromedicali che informatici in uso comportano una sempre più pressante attenzione alla formazione costante ed alla diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione del personale, oltre che della conoscenza delle misure di sicurezza e di trasparenza previste dai regolamenti e dalle procedure aziendali.

Per quanto riguarda lo stato della gestione delle risorse umane si riporta, di seguito, la tabella illustrante la consistenza del personale in servizio al 31/12/2021.

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2021		
	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO
DIRIGENZA MEDICA	582	27
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	62	
DIRIGENZA PROFESSIONALE	8	
DIRIGENZA TECNICA	4	
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	12	
DIRIGENZA P.T.A TOT	24	
COMPARTO RUOLO SANITARIO	1270	178
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	2	
COMPARTO RUOLO TECNICO	175	254
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	95	
COMPARTO TOTALE	1542	432
TOTALE DIPENDENTI	2210	459

DATI RELATIVI ALLA GESTIONE AMMINISTRATIVA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GESTIONE DEL PERSONALE

Nel periodo di riferimento il management aziendale ha orientato i suoi sforzi sul processo di revisione derivante dall'attuazione degli Atti Aziendali succedutisi nel tempo per addivenire all'atto aziendale in linea con il DCA 18/2013 e con il DM 70/2015, contrastando gli effetti del blocco del turn-over sul possibile degrado dei volumi e della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate. Dal 2018 sono stati condotti numerosi avvisi pubblici e concorsi che hanno consentito l'assunzione di personale a tempo determinato che hanno mitigato il blocco del turn-over (soprattutto per il

personale infermieristico, di converso ciò ha comportato la riduzione degli acquisiti dei servizi sanitari tramite contratti di lavoro flessibile, i cui effetti sono stati avvertiti nel 2019.

La Direzione Aziendale ha quindi posto come primo indirizzo di programmazione l'obiettivo primario del mantenimento degli standard operativi, sia in ambito sanitario che amministrativo, tecnico e professionale.

Per far fronte alla necessità di erogare praticamente le stesse prestazioni, garantendo altissimi standard assistenziali e cercando nel contempo di non disperdere il patrimonio di know-how nonostante l'andata in quiescenza di figure professionali di altissimo livello, è stato necessario la riprogettazione di numerosi percorsi assistenziali e tecnici precedentemente consolidati. L'Azienda ha focalizzato l'attenzione sulla formazione continua e sul rinnovo dei sistemi informativi, tutt'ora migliorabili, ma che hanno introdotto l'attitudine al procedimento standardizzato monitorato.

In particolare l'Azienda dei Colli ha aderito nel 2018 al progetto regionale del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) unico per le Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Campania, che gradualmente sta coinvolgendo tutte le Aziende del SSR ed è basato su applicativi in ambiente SAP.

Il Sistema Informativo Gestionale e Contabile della Sanità intende realizzare un sistema integrato di monitoraggio e controllo della spesa basato sull'integrazione dei dati gestionali e contabili finalizzato a:

- governare, a livello regionale, un modello di analisi dei dati ispirato a logiche di lettura integrata delle fonti informative;
- consentire il controllo delle variabili chiave a livello aziendale e regionale: fabbisogni, consumi, debito, flussi finanziari.

Il raggiungimento di tali obiettivi sarà realizzato compiutamente attraverso:

- l'allineamento dei processi, della struttura contabile e delle anagrafiche utilizzate nel SSR;
- la creazione e implementazione di una banca dati unificata (BDU);
- il monitoraggio in tempo reale dei dati contabili ed extracontabili delle stesse aziende sanitarie.

Il Progetto SIAC - Sistema Informativo Amministrativo Contabile – avviato durante il corso del 2018 con un notevole sforzo organizzativo e di coinvolgimento da parte di tutte le risorse aziendali, prevede l'acquisizione di un sistema ERP che metterà a disposizione di tutti gli enti del SSR, mediante l'erogazione di servizi in cloud, l'intero Ciclo Passivo, compreso il ciclo di Gestione del Magazzino, assicurando in tal modo sia la realizzazione della Banca Dati Unificata regionale dei fornitori, beni e contratti, sia la copertura funzionale del ruolo di Centrale Unica Pagamenti da parte di SORESA.

Tale progetto è ancora in fase evolutiva e, sebbene al completamento offrirà una insostituibile opportunità di controllo e di governo sia al livello aziendale che regionale, allo stato non è in grado di fornire prestazioni pari alla piattaforma informatica preesistente, che era totalmente integrata e che, di conseguenza, garantiva maggiore interoperabilità.

Per supportare il passaggio dalla piattaforma informatica integrata precedente al nuovo sistema Informativo, l'Azienda ha necessariamente dovuto riprogettare moltissimi dei flussi interni, comportando la progettazione, la realizzazione e la messa in esercizio di tutti gli aspetti che connotano le attività sia sanitarie che amministrative e di supporto, finanche quelle di controllo. Tale attività ha richiesto lo studio ed il ripensamento di ognuno degli aspetti sopra citati, badando inoltre a garantire le necessarie sinergie ed integrazioni preesistenti, spesso non più disponibili in modalità automatica nativa.

Anche il processo di miglioramento costante del processo condiviso di negoziazione del Budget di Dipartimento, di Unità Operativa e a livello di singolo Dirigente, ha incontrato una battuta d'arresto, legata all'emersione delle criticità legate alla difficile integrazione tra i dati aziendali.

Traccia delle fasi di attività del processo di Budget aziendale è in ogni caso rinvenibile nel documento del Piano della Performance, pubblicato annualmente sul sito istituzionale www.ospedalideicolli.it alla sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Performance", che indica chiaramente le prospettive di azione dell'amministrazione e dei collaboratori tutti.

Sostanzialmente viene seguito un percorso articolato come di seguito indicato:

- Analisi e reingegnerizzazione dei processi sanitari ed amministrativi, che renda conto del posizionamento nel tempo dell'azienda e delle singole Unità Operative;
- Affinamento della definizione delle procedure operative, organizzative e relativa diffusione delle metodologie; tale fase si è avvalsa della capillare partecipazione di tutti gli attori presenti in Azienda.

Ulteriore revisione iterativa dell'intero procedimento; criterio alla base dell'ipotesi di miglioramento continuo che è tanto più cogente in fase di primo consolidamento dei processi, puntando a garantire prestazioni di eccellenza e corretto uso delle risorse e delle professionalità.

3.4 Organizzazione del Lavoro Agile

Nell'ambito delle misure volte a ridurre la mobilità dei dipendenti, (art. 2, comma 1, del DPCM 8.3.2020), e agevolare la cura dei vari familiari e ridurre i contatti che avrebbero potuto ampliare i rischi di diffusione del contagio, sono state attivate modalità di lavoro in smart-working straordinarie, anche in assenza degli accordi previsti dalla disciplina legislativa di riferimento. Nello specifico L'Azienda Ospedaliera dei Colli con nota prot. AOC/0008017/2020 in data 13/03/2020, confermata in costanza dello stato d'emergenza, ha autorizzato la prestazione dell'attività lavorativa presso il proprio domicilio da parte del personale dipendente visto il transitorio stato emergenziale. Considerato la natura e la tipologia dei servizi erogati da questa azienda, il ricorso a tale strumento è stata sicuramente ridotto.

In data 5 gennaio 2022, è stata emanata una Circolare ad oggetto "Lavoro agile" sottoscritta dai Ministri Brunetta ed Orlando, con sono state esortate le pubbliche amministrazioni al massimo utilizzo delle modalità di lavoro agile per le attività che possono essere svolte al proprio domicilio o in modalità a distanza. Ogni amministrazione, pertanto, ha avuto la possibilità di "equilibrare il rapporto di lavoro in presenza/lavoro agile secondo le modalità organizzative più congeniali alla propria situazione, tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo, e delle contingenze che possono riguardare i propri dipendenti." (Cfr. circolare del 5 gennaio 2022 Ministero per la Pubblica Amministrazione).

Corre l'obbligo di rappresentare, infine, che già il decreto – legge 22 aprile 2021 n. 52, convertito dalla legge 17 giugno 2021 n.97, aveva spostato i termini prima dal 30 aprile 2021 al 31 luglio 2021 e, poi, a dicembre 2021 ed, in ultimo, al 31 marzo 2022, consentendo, dunque, lo svolgimento dell'attività lavorativa in smartworking a tutti i dipendenti.

L'Azienda al fine di garantire la sicurezza dei propri Dati ha ritenuto utile emanare delle specifiche "Linee Guida sul trattamento dei dati personali in modalità di "lavoro agile", adottate con nota prot. AOC/9434/2020.

Le suddette "Linee Guida" sono pubblicate sul sito istituzionale <http://www.ospedalideicolli.it/privacy/> e specificano le condotte ed i comportamenti che il lavoratore, che svolge la propria prestazione nella modalità di lavoro agile, deve avere nell'assolvimento dei compiti assegnati, con particolare riguardo ai profili di:

- **Riservatezza**, in quanto dovrà operare garantendo la massima riservatezza delle informazioni di cui viene in possesso, considerando i dati personali oggetto dell'ambito di attività assegnate come informazioni da gestire con cura, ponendo in essere ogni attività necessaria ad evitare i rischi di perdita o distruzione, anche accidentale, dei dati, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità per cui i dati sono stati.

- **Profilo di autorizzazione**, in quanto è autorizzato, nell'espletamento delle attività connesse alle funzioni amministrative, limitatamente a quanto strettamente necessario nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile, all'accesso e al trattamento dei dati personali in occasione della gestione delle comunicazioni telefoniche e a mezzo fax, evitando, ove possibile, la duplicazione su qualsiasi supporto informatico o cartaceo e il trasporto di eventuali documenti e/o il trasferimento fra la propria abitazione e l'ufficio di documenti ed elenchi contenenti dati personali e dati particolari e giudiziari, nei limiti dei trattamenti consentiti dal Regolamento UE 2016/679.

- **Diligenza**, nell'esecuzione dei compiti assegnati, in quanto deve attenersi ad alcune regole al fine di evitare che soggetti estranei possano venire a conoscenza dei dati personali oggetto del trattamento. In particolare:

- ✓ qualora il lavoratore abbandoni temporaneamente la propria postazione di lavoro, deve provvedere a:
 - non far accedere ai non addetti ai lavori – anche familiari - ai luoghi in cui siano presenti informazioni riservate o dati personali;
 - riporre nei cassetti o negli armadi, con chiusura dotata di serratura, la documentazione cartacea eventualmente in possesso e contenente dati personali;
- ✓ se è necessario allontanarsi dal device utilizzato in presenza anche di soli familiari, riporre i documenti e attivare il salva schermo del computer con password;
- ✓ non rivelare o far digitare password dal personale di assistenza tecnica;
- ✓ non rivelare le password al telefono, né inviarle via fax;
- ✓ accedere solo ai dati strettamente necessari all'esercizio delle proprie mansioni;
- ✓ non fornire telefonicamente o a mezzo fax dati e informazioni relativi a terzi, senza una specifica autorizzazione;
- ✓ non fornire telefonicamente o a mezzo fax dati e informazioni ai diretti interessati, senza avere la certezza della loro identità;
- ✓ accertarsi della corretta funzionalità dei meccanismi di chiusura di armadi o cassetti, nel caso in cui occorra riporre documentazione cartacea;
- ✓ conservare e/o consegnare i documenti contenenti dati personali in modo da garantirne la riservatezza;
- ✓ provvedere personalmente alla distruzione quando è necessario eliminare documenti inutilizzati;
- ✓ non abbandonare la postazione di lavoro senza aver provveduto a custodire in luogo sicuro i documenti trattati.

- **Sicurezza**, atteso che per il personale aziendale che opera in modalità di lavoro agile verrà predisposto sul proprio dispositivo (o “device”) una Virtual Private Network (“VPN”), o un equivalente canale di comunicazione “sicuro” tra il dispositivo remoto e la struttura aziendale, attraverso cui accedere direttamente agli applicativi ed ai dati aziendali.

In contesti di lavoro in ambienti domestici, di trasferta, in mobilità, o in qualsiasi altro contesto esterno all’azienda, tutto il personale dovrà rispettare le seguenti indicazioni:

- ✓ tutelare il knowhow aziendale e proteggere i dati personali trattati dal Titolare;
- ✓ seguire prioritariamente le policy e le raccomandazioni dettate dal Titolare del trattamento;
- ✓ cooperare all’attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all’esecuzione della prestazione all’esterno dei locali aziendali;
- ✓ utilizzare i sistemi operativi per i quali attualmente è garantito il supporto;
- ✓ effettuare costantemente gli aggiornamenti di sicurezza del sistema operativo;
- ✓ evitare l’uso di social network e/o altre applicazioni di carattere social che possono rendere più agevole l’intrusione esterno sul dispositivo aziendale;
- ✓ assicurarsi che i software di protezione del sistema operativo (firewall, antivirus, etc.) siano abilitati e costantemente aggiornati;
- ✓ assicurarsi che gli accessi al sistema operativo siano protetti da una password sicura e comunque conforme alle password policy emanate dal Titolare;
- ✓ adoperare misure organizzative e di sicurezza adeguate nell’utilizzo dei dispositivi propri o aziendali, che impediscano la visuale dei non addetti ai lavori, anche in un contesto familiare per l’autorizzato, per scopi di riservatezza e di circolazione dei dati;
- ✓ non installare software proveniente da fonti/repository non ufficiali;
- ✓ non cliccare su link o allegati contenuti in email sospette;
- ✓ utilizzare per l’accesso a connessioni Wi-Fi adeguatamente protette;
- ✓ utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
- ✓ collegarsi a dispositivi mobili (pen-drive, HDD-esterno, etc.) di cui si conosce la provenienza (nuovi, già utilizzati, forniti dal Titolare);
- ✓ effettuare sempre il log-out dai servizi/portali utilizzati dopo che si conclude la sessione lavorativa;
- ✓ segnalare immediatamente al datore di lavoro o al dirigente le deficienze dei mezzi e dei dispositivi propri o aziendali (eventualmente ricevuti come attrezzatura per il lavoro in modalità agile);
- ✓ partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
- ✓ evitare di rivelare al telefono informazioni aziendali e altri dati personali trattati dal Titolare;
- ✓ evitare il collegamento a reti non sicure o sulle quali non si abbiano adeguate garanzie (es. reti pubbliche);
- ✓ evitare di lasciare i dispositivi utilizzati incustoditi in luoghi di facile accesso al pubblico o ai propri familiari;
- ✓ bloccare l’accesso al sistema e/o configurare la modalità di blocco automatico quando ci si allontana dalla postazione di lavoro;
- ✓ il lavoratore in modalità di lavoro agile è tenuto a fornire la propria prestazione non lasciando mai incustodito lo strumento elettronico proprio o fornito dal datore attraverso il quale opera, nel caso di allontanamento occorrerà chiudere a chiave la porta della stanza ove svolge la propria prestazione lavorativa.

Scegliere una password con le seguenti caratteristiche:

- ✓ originale, composta da almeno 10 caratteri, che contenga almeno un numero, una lettera maiuscola, una lettera minuscola o un carattere speciale (almeno tre dei citati carattere), che non sia facilmente intuibile, evitando il nome proprio, il nome di congiunti, date di nascita e comunque riferimenti alla propria persona o lavoro facilmente ricostruibili curare la conservazione della propria password ed evitare di comunicarla ad altri;
- ✓ modificare periodicamente (almeno una volta ogni tre mesi) la propria password;
- ✓ modificare prontamente (ove possibile) la password assegnata dall’amministratore di sistema.

3.5 Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (P.T.F.P.) 2021-2023, approvato con Deliberazione n. 620 del 28/06/2022, è stato predisposto in conformità con l’art. 6 D.lgs. n. 165/2001, con il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la P.A. del 08.05.2018 e con la DGRC n. 593 del 22.12.2020 contenente il disciplinare tecnico della alla metodologia di

determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR oltreché nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla L. n. 191/2009, anche alla luce del contenimento del costo del biennio 2022-2023 rispetto al residuo del tetto di spesa 2021:

	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2020	Standard DGRC n. 593	FABBISOGNO 2021-2023	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO 2022	FABBISOGNO 2023
RUOLO SANITARIO	2.069	2.503	434	202	193	39
Dirigenti Medici	583	707	124	70	52	2
Dirigenti Sanitari	51	77	26	15	8	3
Personale del comparto area sanitaria	1.435	1.719	284	117	133	34
RUOLO TECNICO	446	687	171	28	143	-
Dirigenti	5	27	0	0	-	-
Personale del comparto area tecnica	441	660	171	28	143	-
RUOLO PROFESSIONALE	10	15	3	1	2	-
Dirigenti	8	9	1	1	-	-
Personale del comparto area professionale	2	6	2	0	2	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	106	352	47	14	6	27
Dirigenti	12	53	2	2	-	-
Personale del comparto area amministrativo	94	299	45	12	6	27
TOTALE	2.631	3.557	655	245	344	66

Per quanto non integralmente riportato nel presente paragrafo, si rinvia al Piano triennale dei fabbisogni del personale approvato con Deliberazione n. 620 del 28.06.2022.

3.6 Formazione del personale

Con deliberazione n. 194 del 4 marzo 2022 è stato approvato il Piano di Formazione ed aggiornamento del personale del Comparto e della Dirigenza- Anno 2022.

Il documento è stato redatto, alla luce delle indicazioni contenute nel D.lgs. n. 502/92 e s. m. i., nel D.lgs. n. 29/93 e nella L.R.32/94 che hanno sottolineano la necessità di attivare nelle Aziende Sanitarie processi di formazione permanente.

Con decreto commissariale n. 45 del 19/07/2010 la Regione Campania ha avviato il sistema di Educazione continua in Medicina e questa Azienda ha provveduto ad accreditarsi in qualità di Provider, inizialmente come Provider accreditato sperimentalmente con C.I. n.1745 e successivamente come Provider provvisoriamente accreditato dalla Regione Campania con C.I. n.24;

Il "Piano di formazione anno 2022" è costituito da una tabella, in cui sono state riportate le proposte presentate dalle UOC e

Servizi, a seguito di rilevazione del fabbisogno formativo e valutate dal Servizio Formazione. Le iniziative contenute nel Piano, contenenti, tra l'altro, la descrizione delle stesse, l'indicazione dei destinatari e la relativa durata, riguardano i seguenti obiettivi:

- contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica;
- aspetti relazionali (la comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure;
- linee guida - protocolli – procedure;
- documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura
- implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
- contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. malattie rare;
- applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp);
- tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali;
- epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (10);
- innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici, health technology assessment;
- farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
- multiculturalità e cultura dell'accoglienza. nell'attività sanitaria;
- sicurezza alimentare e/o patologie correlate;
- integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
- l.190/12 e d.lgs.33/13;
- sviluppo competenze trattamento economico e pensionistico;
- formazione ed aggiornamento sulla riservatezza dei dati;
- d.lgs. 81/08;

La proposta del Piano formativo è stata validata dal comitato scientifico, rinnovato con delibera n.723 del 11/09/2020, e preventivamente sottoposta alle Delegazioni Sindacali Aziendali delle rispettive aree contrattuali della Dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa e del Comparto.

Per l'anno 2022 il fondo per l'attività di Formazione del personale, così come quantificato nel Bilancio Economico preventivo 2022, risulta complessivamente determinato pari a € 127.000,00 per i seguenti conti:

50202030101 – Formazione (esternalizzata e non) da pubblico: euro 3.000,00;

50202031001 - Formazione (esternalizzata e non) da privato: euro 43.000,00;

50202030501 – Compensi per formazione al personale dipendente: euro 81.000,00

Per quanto non integralmente riportato nel presente paragrafo, si rinvia al Piano di Formazione approvato con Deliberazione n. 194 del 4.3.2022.

SEZIONE IV

MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio valore pubblico e performance

Il monitoraggio delle sezioni Valore Pubblico e Performance avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 comma 1, lettera b) del d.lgs. 150/2009, e nel Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022.

4.2 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Il monitoraggio si effettua in conformità alle direttive dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e secondo quanto indicato nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022- 2024, di cui alla Deliberazione n. 384 del 22/04/2022.

4.3 Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano

Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall'OIV e secondo le specifiche contenute nel Piano della performance e Direttiva Direttore Generale per il triennio 2022-2024, di cui alla Deliberazione n. 86 dell'1/02/2022.