

P.I.A.O.

**A.O.U. “Federico II” di
Napoli**

anni: 2023-2025

INDICE

PREMESSA	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	4
1.1 L’A.O.U. “Federico II”.....	4
1.2 L’attività dell’A.O.U. “Federico II”.....	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANITICORRUZIONE	7
2.1 <i>Valore Pubblico</i>	7
2.1.1 Mandato istituzionale e missione.....	8
2.1.2 Visione dell’azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale.....	11
2.1.3 L'accessibilità digitale.....	12
2.1.4 L'accessibilità fisica.....	15
2.1.5 Relazione con i cittadini: pubblica tutela ed accoglienza.....	16
2.1.6 Azioni tese all'efficientamento energetico.....	22
2.2 <i>Performance</i>	23
2.2.1 Albero della Performance.....	26
2.2.2 Il processo di definizione degli obiettivi strategici.....	29
2.2.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi - il ciclo della performance.....	32
2.2.4 La valutazione del personale.....	33
2.3 <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i>	37
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno.....	37
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno.....	40
2.3.3 Mappatura dei processi.....	41
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	65
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	66
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	73
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	74
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	117
3.1 Struttura organizzativa.....	117
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	123
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	130
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	134
4.1 Comunicazione del P.I.A.O.....	134

PREMESSA

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.).

Il P.I.A.O. ha l'obiettivo di assorbire, in un'ottica di semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute tutte le amministrazioni.

Il presente piano intende:

- supportare i processi decisionali, favorendo la coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti;
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'organizzazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- comunicare anche all'esterno ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

Mediante il seguente piano l'Azienda definisce i suoi obiettivi di performance, la sua strategia di organizzazione e gestione del capitale umano, gli strumenti di trasparenza e anticorruzione, le strategie di semplificazione e gli strumenti di monitoraggio degli obiettivi assegnati, favorendo la piena consapevolezza del contributo professionale del singolo operatore alla realizzazione della mission aziendale, migliorando la qualità del servizio reso agli stakeholder.

1. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Amministrazione pubblica	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Indirizzo	Via Sergio Pansini 5, 80131 Napoli
E-mail	diraup@unina.it
Pec	aou.protocollo@pec.it
E-mail Protocollo A.O.U.	aouproto@unina.it
P. IVA	06909360635

1.1 L'A.O.U. "Federico II"

L'Azienda è denominata Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) "Federico II".

Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" nasce e svolge la propria attività in base a quanto definito:

- dall'art. 6 del D. L.vo 502/92;
- dall'art. 16 della L. Regionale n. 32 del 03/11/94;
- dal D. L.vo n. 517 del 21/12/99 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
- dal D.P.C.M. 24/05/01 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
- dal Protocollo d'Intesa, vigente, fra Università Federico II e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Scuola di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione;
- dalla normativa vigente nazionale e regionale inerente la programmazione della Rete Ospedaliera e lo sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria, integrata con il Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale.

Essa svolge, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07.03 2011, *"attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario, attività che si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione"*, adempiendo in modo unitario ed inscindibile alle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

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

1.2 L'attività dell'A.O.U. "Federico II"

L'A.O.U. Federico II costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Inoltre, essa è sede della Scuola di Medicina e Chirurgia e di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche.

Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di Day-hospital e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

Tra le attività di rilievo dell'A.O.U. Federico II vi sono le seguenti:

- Terapia Intensiva e Subintensiva Neonatale (TIN)
- Trasporto Neonatale di Emergenza (STEN) attivo 24/24h e dedicato al trasporto di neonati patologici dai centri nascita alle terapie intensive e subintensive neonatali. In tutta la Campania sono attive 3 unità di Trasporto Neonatale; lo STEN Federico II coordina le chiamate per le province di Napoli e Salerno;
- Rete oncologica con la costituzione di 17 GOM e implementazione dei corrispettivi PDTA; GOM attivi, GOM neoplasie mammarie; GOM colon; GOM ginecologia; GOM melanoma; GOM neuro-oncologia;
- Ambulatorio condiviso (reumatologia, dermatologia, gastroenterologia) per la gestione del Percorso Assistenziale Ambulatoriale Coordinato e Continuativo (PACC) rivolto a pazienti affetti da "Immune Mediated Inflammatory Diseases" o IMIDs;
- Gruppo Oncologico Multidisciplinare finalizzato alla gestione del PDTA per i tumori ereditari familiari della mammella, dell'ovaio e del colon - retto (Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici);
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione ed il trattamento del paziente con diabete in età pediatrica;
- PDTA per il paziente affetto da Metastasi epatiche da adenocarcinoma colo - rettale (Rete oncologica regionale: Adozione documenti tecnici).

Le prestazioni assistenziali ed i servizi erogati dall'A.O.U. Federico II possono riassumersi in:

- assistenza medica, infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica e riabilitativa, necessaria per risolvere i problemi di salute del paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica e scientifica delle singole strutture;
- interventi di soccorso per i pazienti d'interesse ostetrico - ginecologico in situazioni di urgenza ed emergenza medica, afferenti al Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico;
- prestazioni di Day-Hospital;
- prestazioni di Day-Surgery;
- prestazioni ambulatoriali;
- prestazioni diagnostiche.

L'A.O.U. Federico II, è dotata di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico - ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o urgenze esclusivamente in ambito ostetrico - ginecologico.

Inoltre, garantisce l'accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 1 del 15/01/2015

"Organizzazione accesso pazienti in emergenza nell'area collinare di Napoli: misure urgenti per garantire l'assistenza in condizioni di iperafflusso" e ss.mm.ii.

Nell'A.O.U. Federico II si svolgono "*altre attività*" che la caratterizzano rispetto alle altre Aziende ospedaliere della Regione Campania quali, ad esempio, quelle connesse:

1. alla presenza di ***Centri di riferimento regionali***, istituiti con Deliberazioni regionali, caratterizzati da particolari e rare competenze e costituenti polo attrattivo regionale ed extraregionale;
2. alla presenza del Ceinge nell'ambito del complesso di Cappella Cangiani, che eroga prestazioni diagnostiche in favore dell'A.O.U. e altre aziende regionali e nel quale l'A.O.U. "Federico II" detiene una quota del 60%;
3. alla contemporaneità dello svolgimento anche della attività di ***didattica*** e di ***ricerca***.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Il contesto attuale consente di ripensare al Servizio Sanitario Regionale focalizzando la sua attenzione su dimensioni non meramente economicistiche e che favoriscano realmente l'applicazione dei principi di universalità, accessibilità ed equità.

In tale contesto, dunque, la generazione di valore pubblico assume caratteristiche che vanno oltre la semplice dimensione economica, specie in un ambito organizzativo di un'Azienda Ospedaliera Universitaria impegnata a integrare le dimensioni dell'assistenza con quelle della didattica e della ricerca.

L'organizzazione e le attività dell'A.O.U. "Federico II", nell'ambito delle risorse disponibili, sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale con i diversi livelli di governo pubblico, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e con il volontariato.

Nel definire la propria organizzazione interna, l'Azienda si ispira ai seguenti principi cardine.

- **Responsabilizzazione diffusa del personale**, per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo;

- **Flessibilità**, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, al fine della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione e delle risorse a disposizione;

- **Dinamicità governata**, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna ad introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo;

- **Innovazione**, l'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative.

L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:

- a) il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università ed integrati nella programmazione aziendale;
- b) la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;
- c) il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;

d) la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.

- **Multidisciplinarietà**, che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alle diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà;
- **Snellimento dell'organizzazione**, l'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici in senso verticale ed orizzontale. L'efficacia dell'azione aziendale richiede un'organizzazione che eviti di parcellizzare le responsabilità e che invece sia orientata a integrare le attività in base ai percorsi assistenziali e a favorire la cooperazione e la corresponsabilità, in un contesto di diffusa fiducia professionale;
- **Valorizzazione delle risorse umane e professionali**, dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale;
- **Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa**, attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione

2.1.1 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda riconosce come propria missione il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia**.

La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina. Attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita innanzitutto e in primo luogo dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico, essa ha, quindi, come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università.

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'A.O.U. "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania.

Il mix di attività di ricerca didattica ed assistenza consente all'Azienda di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità.

A tale scopo sono stati identificati i Centri di Riferimento Regionale, che rappresentano delle strutture di offerta ad altissima specialità che fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale.

Ciò ovviamente comporta, da un lato, la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli assistenti in formazione (AIF), degli studenti di corsi di laurea delle professioni sanitarie e, dall'altro, la necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni primari della popolazione della provincia di Napoli e dell'intera Regione.

Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che possano informare rispetto alle prestazioni erogabili dall'Azienda. Tra di essi si segnala che – per favorire la comunicazione interna ed esterna attraverso l'uso di nuove tecnologie sostenibili ed user-friendly - è attivo il web magazine dell'A.O.U. “Federico II” Area Comunicazione, realizzato nel rispetto dei principi dell'Health Literacy, con l'obiettivo sia di migliorare la comunicazione interna e l'adesione dei professionisti dell'Azienda alla valorizzazione dell'immagine dell'A.O.U., sia di sostenere la partecipazione del cittadino alle scelte di Salute, supportando i cittadini a rimuovere gli ostacoli all'adozione di più sani stili di vita, con linguaggi e “confezionamenti” di notizie di facile fruibilità e di immediatezza.

Per l'identificazione degli obiettivi di natura strategica dell'A.O.U. occorre, in aggiunta, individuare i sistemi d'interesse rispetto ai quali operano i diversi interlocutori (*stakeholder*/portatori di interesse).

La complessità organizzativa e gestionale tipica delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto a quella delle tradizionali Aziende Ospedaliere è rappresentata dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interesse.

I sistemi di interesse rappresentano, infatti, il variegato mix di attese che i diversi interlocutori portano e che l'A.O.U., con attività diversificate (didattica, ricerca ed assistenza) e differenziate (le diverse linee di ricerca scientifica, il portafoglio servizi assistenziali, ecc.) è chiamata a contemperare e soddisfare.

I sistemi sono tra di loro interconnessi e richiedono la definizione di assetti organizzativi e di sistemi di gestione assai differenti; da qui la necessità di contemperamento dei vincoli al pieno soddisfacimento delle attese.

Le attese sullo sviluppo socio-economico rappresentano il sistema di riferimento per i bisogni collegati alle scelte pubbliche sulla copertura assistenziale, sui livelli di assistenza minimi e sulla sopravvivenza economica del sistema regionale; il principale portatore di tale interesse è, in tal senso, rappresentato dalla Regione Campania.

Le attese sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche costituiscono il sistema proprio della ricerca, dell'innovazione e della didattica che qualificano il tessuto professionale all'interno della quale opera l'A.O.U.; il principale *stakeholder* è rappresentato dall'Università “Federico II” e nello specifico dalla Scuola di Medicina e Chirurgia.

Le attese sulla erogazione dei servizi sanitari rappresentano le condizioni di qualità delle performance clinico assistenziali, della fruibilità ed accessibilità alle strutture, dell'integrazione tra ambiti assistenziali, ecc. Tale sistema di attese trova nei cittadini gli *stakeholder* principali.

Le attese sulle condizioni sociali e di lavoro di tutti coloro che operano nell'A.O.U. “Federico II” inclusa la percezione che l'opinione pubblica ha nei confronti dell'Azienda stessa, hanno come principale *stakeholder* i dipendenti.

Le attese sulla semplificazione dei processi amministrativi volti a regolare i rapporti con i fornitori, fermo restando i vincoli di legalità e trasparenza a cui una qualsiasi azienda sanitaria pubblica deve attenersi, hanno come principale *stakeholder* i fornitori.

Il contemperamento delle diverse attese da parte dei portatori di interesse genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'A.O.U. “Federico II” deve individuare le tendenze più rilevanti che si riflettono con maggior forza sul funzionamento e sullo sviluppo dell'Azienda stessa e deve, quindi, operare delle scelte al fine di raggiungere i propri fini istituzionali.

L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad Acta per il Piano di rientro dal debito sanitario, tramite l'elaborazione degli atti di programmazione di propria competenza e la loro successiva traduzione in azioni concrete.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del **Servizio Sanitario della Regione Campania**, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività.

2.1.2 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale

Così come emerge dalla missione istituzionale, l'identità dell'A.O.U. "Federico II" è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università e la Regione Campania.

In coerenza con il contesto di riferimento, l'Azienda individua la sua visione; essa si ispira ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:

- **Centralità della persona**: l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, dei professionisti che operano al suo interno e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma accoglierlo considerando l'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.).

Allo scopo l'A.O.U. "Federico II" si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Ferme restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti e comportamenti, omissivi e/o limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento Aziendale di Tutela.

L'A.O.U. garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e ss.mm.ii., nel decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e dalla normativa in materia di riservatezza dei dati sensibili.

La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda; allo scopo, essa si prefigge di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere.

L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a costruire condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicite in favore delle donne.

L'A.O.U. si impegna quindi a garantire pari opportunità tra donne e uomini per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e streaming anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. dei Comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- **Governo Clinico**: attraverso la costruzione di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile sviluppando politiche e strumenti che promuovano *l'integrazione virtuosa*

tra ricerca didattica ed assistenza. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento.

Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando:
 - a) sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro;
 - b) sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico.

L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema Azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

2.1.3 L'accessibilità digitale

Secondo le statistiche il 20% della popolazione del mondo non può accedere ai contenuti dei siti web a causa di disabilità motorie, visive, uditive e cognitive.

Il Portale web dell'A.O.U. Federico II è sempre stato curato dedicando attenzione agli utenti con disabilità, in particolar modo a non vedenti e ipovedenti che rappresentano il 90% delle categorie di disabili con problemi a recepire i contenuti del web.

Per ampliare sempre di più il target di utenti ed anche nel rispetto degli adempimenti previsti per le Pubbliche Amministrazioni in tema di accessibilità dei siti Web, è stato installato un tool di intelligenza artificiale che ha consentito ad altri utenti con diverse disabilità di usufruire dei nostri servizi web.

L'innovazione sta nel fatto che le persone con disabilità specifiche possono regolare l'interfaccia utente del sito web in base alle loro esigenze personali; l'applicativo poi lavora in background e ottimizza costantemente il livello di accessibilità.

Profili di disabilità supportati:

- **Profilo per non-vedenti:** questo profilo regola il sito web in modo da renderlo compatibile con gli Screen-reader più comuni che utilizzano solitamente gli utenti non vedenti;
- **Profilo per Ipovedenti:** questo profilo regola il sito web in modo che sia accessibile alla maggior parte delle difficoltà visive come problemi di vista degradata, problemi di visione periferica, cataratte, glaucoma e altre;

- **Profilo per Disabilità Motorie:** le persone con difficoltà motorie possono gestire il sito web utilizzando i tasti Tab, Shift+Tab e Invio o utilizzare tasti-scorcio per arrivare ad elementi specifici;
- **Profilo per Disabilità Cognitive:** fornisce varie funzionalità di assistenza per aiutare gli utenti con disabilità cognitive come autismo, dislessia, CVA, e altri, a concentrarsi sugli elementi più importanti in maniera più fluida e accessibile;
- **Profilo per Epilettici:** potranno utilizzare il sito web in modo sicuro, eliminando il rischio di episodi derivati da animazioni lampeggianti e combinazioni di colori rischiose;
- **Profilo per Disturbo dell'Attenzione (ADHD):** questo profilo riduce significativamente le distrazioni e il rumore, per aiutare le persone con ADHD e disturbi dello sviluppo neurologico a sfogliare, leggere e concentrarsi sugli elementi essenziali più facilmente.

La Regione Campania e tutte le Aziende Sanitarie sono concretamente impegnate nel sostenere la progressiva e sistematica digitalizzazione dei processi e delle prestazioni nel settore sanitario.

La digitalizzazione del Sistema Sanitario si concentra essenzialmente su tre elementi basilari. La creazione di un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nazionale che permetta sia di avere **un'interoperabilità** tra i nuovi FSE regionali (più evoluti di quelli attuali) che la creazione dell'anagrafica nazionale degli assistiti.

Inoltre, i flussi del FSE dovranno evolvere in modo da consentire la **raccolta e l'interscambio di dati** strutturati e non strutturati (non solo documenti) fra le diverse aziende sanitarie. A ciò si dovranno aggiungere la realizzazione di una connettività nazionale che permetta di abilitare un efficace servizio di telemedicina e la creazione di un **data repository** per fini di prevenzione e cura.

Pertanto l'A.O.U. Federico II, si è mossa in tal senso avviando un progetto, "**Servizi di interoperabilità per i dati e di cooperazione applicativa**", che permetta di avere un'interoperabilità dei sistemi informativi aziendali, utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla Centrale di committenza Nazionale Consip S.p.A.

L'A.O.U. Federico II prevede di perseguire i seguenti obiettivi:

- 1 **Integrazione dei servizi locali:** gestione dell'integrazione verso i sistemi verticali e verso i sistemi clinici/sanitari attraverso la predisposizione di un layer di integrazione finalizzato alla gestione dei flussi applicativi presenti all'interno del SIO;
- 2 **Integrazione verso i servizi regionali e nazionali:** gestione integrazione verso i servizi regionali attraverso la predisposizione di un layer di integrazione per l'interoperabilità con FSE-INI, SINFONIA, PAGO PA (HL7Bridge Lista Attesa, HL7Bridge CUP Regionale, HL7Bridge HUB CCE);
- 3 **Data Clinical Repository:** installazione di un repository per la storicizzazione e consultazione di documenti, al fine di favorirne la condivisione tra i sistemi verticali dell'Azienda ed i sistemi regionali/nazionali.

Per raggiungere i sopra elencati obiettivi, sono in corso le seguenti attività:

- Installazione di una piattaforma unica di integrazione e collaborazione - Enterprise Service Bus (ESB);
- Attestazione di tutti i sistemi informativi aziendali su l'ESB;

- Installazione del Clinical Data Repository;
- Integrazione dei servizi di integrazione verso i servizi regionali e nazionali.

Inoltre, in questa direzione e nell'ottica della "burocrazia Zero", un'azione importante per la diffusione dei servizi sanitari è stata la messa a disposizione, dallo scorso aprile 2022, dell'App Campania in Salute anche all'utenza dell'A.O.U.

Tali strumenti consentono ai cittadini di accedere ai seguenti servizi:

- Accesso al CUP Regionale che permette di prenotare la visita specialistica o l'accertamento diagnostico nelle strutture pubbliche aderenti al Centro Unico di Prenotazione Regionale della Campania.

A tal proposito, l'A.O.U. Federico II, si pone come obiettivo quello di superare l'attuale configurazione del sistema di prenotazione (CUP) sia in termini di accessibilità digitale sia fisica.

Il servizio offre inoltre a tutti i cittadini campani la possibilità di:

- Confermare i preappuntamenti per le seconde visite e pagare il ticket con carta di credito;
- Prenotare, confermare e pagare on line anche per conto dei tuoi familiari.

Inoltre, è stato attivato il corso l'ottimizzazione del processo di richiesta della cartella clinica attraverso l'attivazione della modalità digitale, con la possibilità di pagare e prelevare le Cartelle cliniche relative agli attraverso la piattaforma CDS, utilizzando l'autenticazione tramite Spid.

In relazione, invece, all'accessibilità delle procedure di affidamento di lavori e servizi, sono state attivate procedure informatiche per la gestione dei relativi processi in parola, in particolare:

- è stato attivato un albo fornitori aziendale, completamente digitalizzato e gestito da una società esterna certificata, di tipo "dinamico" in modo da consentire l'iscrizione agli operatori economici in qualsiasi momento e di verificare la rotazione negli inviti;
- le procedure di scelta dell'operatore economico avvengono tramite piattaforme digitali, come MEPA o SORESA, in modo da garantire la massima trasparenza e par condicio;
- i contratti di affidamento vengono gestiti con le stesse piattaforme digitali di cui al punto precedente.

2.1.4 L'accessibilità fisica

Di seguito sono elencate le possibili azioni finalizzate a garantire l'accessibilità fisica dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità nel perimetro aziendale dell'A.O.U. Federico II.

In un'ottica di medio – lungo periodo, risulta necessaria una riorganizzazione dei percorsi pedonali, al fine di favorire l'abbattimento delle barriere architettoniche, rendendo la persona con bisogni speciali il più possibile indipendente e consentendogli di raggiungere autonomamente le strutture assistenziali.

L'obiettivo si configura nel realizzare scivoli sui marciapiedi in prossimità dei singoli edifici e, ove tecnicamente possibile, incrementare la realizzazione degli stessi sul viale principale dell'A.O.U. Federico II.

Si sintetizzano, di seguito, ulteriori obiettivi in termini di accessibilità, utili alla creazione di Valore Pubblico:

- Sviluppo ed attuazione di un progetto di “wayfinding”, finalizzato a favorire l'orientamento all'interno degli spazi e la fruibilità dei servizi ospedalieri;
- Acquisto di un'ulteriore navetta per trasporto utenti, utile a minimizzare il flusso di veicoli circolanti all'interno dell'Azienda e, di conseguenza, massimizzare l'efficienza del servizio.
- Realizzazione di un'area parcheggio nei pressi del varco di via Orsolone ai Guantai, collegata alle strutture assistenziali attraverso l'utilizzo del servizio navetta gratuito;
- Ampliamento degli spazi riservati alla sosta dei veicoli di persone con disabilità, titolari di Contrassegno Unificato Disabili Europeo.

Inoltre, sono stati programmati interventi tesi alla razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza con miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti; in particolare:

- in riferimento al pronto soccorso ostetrico-ginecologico sono in fase di progettazione la realizzazione di percorsi dedicati, sia per i pazienti ordinari che per quelli Covid, come ad esempio: realizzazione di rampa di accesso dedicata per le autoambulanze; realizzazione di percorsi e strutture separate per pazienti Covid;
- in riferimento alla TIN e al nido è in fase di progettazione la ristrutturazione completa delle stesse, in modo da accorparle in una unica zona, prevedendo: idonea sala di attesa a servizio; locali per consentire l'allattamento; connettivi per consentire ai parenti di poter osservare dall'esterno i neonati evitando i rischi infettivologici;
- in riferimento alla realizzazione della nuova UTIC sono in corso le attività di progettazione esecutiva in cui sono stati previsti percorsi dedicati ai soggetti diversamente abili e collegamenti sia orizzontali che verticali con l'esistente edificio principale in modo da aumentare l'accessibilità;

- in riferimento agli accessi agli atri principali dei vari edifici sono stati programmati interventi per la modifica o realizzazione di apposite rampe esterne idonee ai soggetti diversamente abili;

2.1.5 Relazione con i cittadini: pubblica tutela ed accoglienza

Al fine di garantire all'utenza trasparenza e chiarezza nei processi di ascolto e partecipazione, l'Azienda ha adottato il Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela (Deliberazione del Direttore Generale n. 14 del 11/01/2023) che valorizza le attività di comunicazione e informazione per garantire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

L'Azienda dispone di un'area unificata dedicata a comunicazione, informazione e servizi alla cittadinanza (P.O.F.A. Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale - All. n. 2 alla del. n. 229 del 28/03/2017 – Par. 2.8) per rendere costante il flusso informativo e la consapevolezza dei processi tra l'area dedicata alla comunicazione con il pubblico e quella rivolta all'informazione della stampa e gestisce il dialogo con gli utenti anche attraverso l'uso di un applicativo gestionale per le segnalazioni di disservizio, i reclami, gli elogi, i suggerimenti e le richieste informative e cura la comunicazione con le comunità di utenti dei social media attraverso l'uso delle nuove piattaforme digitali, che garantiscono interattività in tempo reale ed un avvicinamento tra cittadini e Pubblica Amministrazione (Social Media Policy, Deliberazione n. 230 del 22/03/2019) e con la stampa.

Il dialogo tra Cittadini ed Azienda: ecco come avviene

Gli utenti possono presentare segnalazioni/reclami e richieste informative in diverse modalità:

- sezione U.R.P. del portale aziendale (www.policlinico.unina.it/URP). Attraverso l'applicativo gestionale in uso gli utenti possono effettuare segnalazioni/rilievi, reclami, elogi/encomi o indicare suggerimenti/proposte seguendo la procedura online;
- app Federico 2.0, scaricabile gratuitamente per Android e IOS, attualmente in fase di test;
- e-mail all'indirizzo: areacomunicazione.aou@unina.it;
- pec all'indirizzo: urp.aou@pec.it;
- modulo cartaceo disponibile presso l'U.R.P. Tale procedura è da considerarsi in sostituzione di quella digitale in caso di eventuali temporanei disservizi di rete e come processo di accompagnamento alla digitalizzazione del processo;
- lettera in carta semplice indirizzata alla I.O. Comunicazione, U.R.P. e Ufficio Stampa Via Pansini, 5 – Edificio 12/D Direzione Generale.

È possibile contattare l'U.R.P. anche telefonicamente al numero 081 7462674, dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00, oppure recarsi presso l'ufficio (edificio 12/D, Direzione Generale Primo Piano) nei medesimi orari.

Per le sole richieste informative è possibile utilizzare anche il canale di messaggistica istantanea collegato alla pagina Facebook e/o Twitter dell'Azienda, nel caso l'utente manifestasse l'esigenza di esprimere un reclamo gli operatori hanno cura di indicare le modalità idonee descritte al punto 1 e 2 art.4. Al momento è in corso di valutazione un'ulteriore configurazione che offrirebbe l'opportunità ai cittadini di utilizzare tutti i canali

social anche per segnalazioni/reclami consentendo agli operatori di utilizzare un'unica interfaccia gestionale. Tutti i reclami, le segnalazioni di disservizio, gli elogi, i suggerimenti sono registrati nell'applicativo gestionale.

I casi di disservizio segnalati all'U.R.P. (comunicazione scritta o telefonica), gestiti direttamente dall'ufficio senza necessità di istruttoria, che consentono quindi una rapida soluzione, vengono registrati nell'applicativo gestionale in uso come "segnalazioni a risoluzione immediata". I casi di reclamo segnalati all'U.R.P. (comunicazione scritta o telefonica), gestiti attivando un'istruttoria vengono registrati nell'applicativo gestionale in uso come "reclami" e vengono registrati come "reclami chiusi" quando l'istruttoria è conclusa e la risposta è inviata all'utente reclamante.

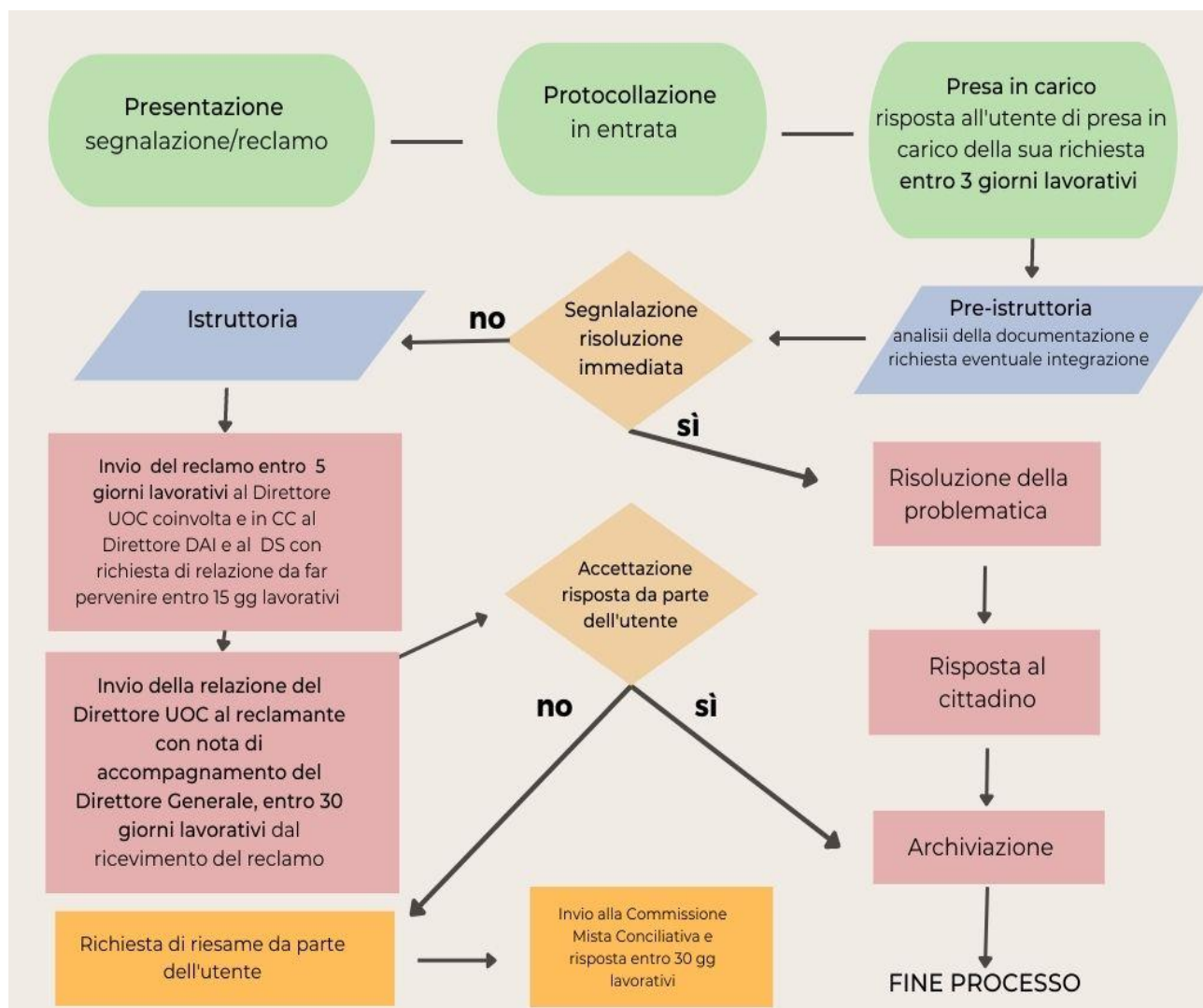
Nei casi in cui sia necessario avviare un'attività istruttoria, l'U.R.P. richiede una relazione al Direttore dell'U.O.C. coinvolta nella segnalazione, inviando la documentazione del reclamo anche per conoscenza al Direttore Sanitario dell'Azienda e al Direttore del D.A.I. a cui afferisce l'U.O.C. interessata. La relazione, firmata dal Direttore della U.O.C., va inviata all'U.R.P., per conoscenza al Direttore Sanitario e al Direttore del D.A.I., e rivolta ed indirizzata al reclamante, entro 15 (quindici) giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta. La relazione, che deve risultare idonea a fornire tutte le informazioni relative al reclamo pervenuto e contenere le conclusioni cui si è giunti, viene sottoposta all'attenzione del Direttore Generale che, con nota di accompagnamento a Sua firma, la invia al reclamante, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dal ricevimento della stessa, attraverso PEC dell'Ufficio Protocollo della Direzione Generale.

L'importanza del monitoraggio per il miglioramento continuo

L'U.R.P. predispose trimestralmente una relazione sulla propria attività e una rilevazione sulle criticità riscontrate, da trasmettersi alla Direzione Aziendale e al Referente Rischio Clinico, a partire da gennaio 2023 e predispose annualmente la relazione di sintesi della propria attività, corredata da dati statistici circa le richieste informative, le segnalazioni ed reclami pervenuti.

Tale relazione è pubblicata sul portale aziendale. Per favorire una maggiore partecipazione attiva dei cittadini, l'U.R.P. intende promuovere questionari di citizen satisfaction ed iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza attraverso tutti i canali di comunicazione disponibili, sempre favorendo una compilazione digitale degli stessi e un processo di autonomizzazione degli utenti, a partire da febbraio 2023.

Figura 1. Flow – Chart del processo di gestione delle segnalazioni e dei reclami



Verso una nuova idea di partecipazione: il restyling dell'U.R.P.

Con l'obiettivo di semplificare, aggiornare, attualizzare i processi organizzativo-gestionali, riconfigurando ed attualizzando il concetto di relazioni con il pubblico, in una prospettiva di maggiore centralizzazione del paziente e di valorizzazione della sua storia e del suo percorso di cura, è stato avviato oltre al percorso di reingegnerizzazione dei processi di comunicazione con l'utenza e digitalizzazione dell'U.R.P. già descritto, un restyling contenutistico e grafico. La tabella di seguito proposta sintetizza come l'incontro tra medical humanities, medicina narrativa e gestione delle relazioni con il pubblico siano stati i pilastri del processo di restyling dell'U.R.P. dell'AOU Federico II.

Tre colonne portanti che hanno portato alla rivisitazione del concetto di segnalazione e reclamo dell'Azienda.

Tabella 1.

DA DOVE SIAMO PARTITI...		
MEDICAL HUMANITIES	MEDICINA NARRATIVA	URP/ RECLAMO
<p>Guardano alla tutela e alla cura della salute come responsabilità collettiva.</p> <p>Abbracciano l'intero panorama dei problemi antropologici inerenti la cura e la salute.</p>	<p>La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere, e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.</p> <p>La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte.</p> <p>Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura</p>	<p>Reclamo: è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti.</p> <p>Elogio: è un'espressione di soddisfazione del cittadino/utente.</p> <p>Suggerimento/proposta: ha lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite affinché fornisca un servizio più vicino alle esigenze del cittadino.</p> <p>URP: garantisce l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione; agevola l'utilizzo dei servizi offerti ai cittadini; attua mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi da parte degli utenti; garantisce la reciproca informazione fra l'URP e le altre strutture operanti nell'amministrazione.</p>

Adottando un approccio contaminato dalle *medical humanities* alla gestione delle relazioni con il pubblico, appare chiaro che le segnalazioni ed i reclami rappresentano molto di più di un'espressione di insoddisfazione, ma raccontano una storia che come tale richiede un'accoglienza e un trattamento più personalizzato e contemporaneo in linea con nuove modalità di comunicazione dell'utenza.

Da qui, alcune parole chiave che hanno orientato le nostre scelte, organizzative quanto grafiche.

- **Centralità della persona**
- **Storia, racconto, narrazione**
- **Tempestività, Multicanalità, Prossimità**
- **Misurabilità**
- **Online e Offline**

Nasce così il claim *#latuastoriaracconta* che intende esortare l'utente a raccontare la sua esperienza di cura, positiva o negativa che sia, la sua storia conta sempre perché è la sua storia e perché attraverso le storie è possibile quotidianamente migliorare i servizi di accoglienza e cura.

Figura 2. Il nuovo logo



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

Figura 3. Federico 2.0 - la chatbot



Figura 4. Un invito al racconto che... conta

#latuastoriaracconta

COMUNICA CON L'URP

Figura 5. www.polisclinico.unina.it/U.R.P. – La sezione dedicata sul nostro portale aziendale



La rete di comunicazione interna dell'U.R.P.

Per rendere più efficace il dialogo con i cittadini, nella gestione delle informazioni quanto delle segnalazioni di disservizio, degli encomi e dei reclami è stato rafforzato il coinvolgimento dei Direttori delle U.O.C. (Unità Operative Complesse) e dei Direttori dei D.A.I.

Il nuovo modello organizzativo rinsalda la **rete di comunicazione interna** con l'obiettivo di garantire ai cittadini chiarezza informativa e tempestività di risposta e sinergizzare le risorse interne rendendo più costanti e tempestivi condivisioni informative e rilievi di criticità, al fine di proporre ed attuare interventi migliorativi.

2.1.6 Azioni tese all'efficientamento energetico

In relazione all'efficientamento energetico sono stati programmati interventi tesi al miglioramento del sistema edificio-impianto, alla realizzazione di sistemi di isolamento termico delle superfici disperdenti e di avvio di piccoli interventi di produzione di energia da fonti rinnovabili al fine di conseguire azioni per il risparmio energetico globale, in particolare:

- interventi tesi all'efficientamento energetico come isolamento a cappotto delle coperture;
- sostituzione infissi con altri rispondenti alla normativa di risparmio energetico;
- sistemi di regolazione delle centrali UTA;
- sistemi di termoregolazione delle sottocentrali termiche;
- efficientamento della centrale termica principale;
- installazione di pannelli fotovoltaici sulle coperture dei nuovi corpi di fabbrica;
- installazione di pannelli solare termico.

2.2 Performance

La presente sottosezione sostituisce il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del D.Lgs n. 150/2009.

L'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80, stabilisce che nel P.I.A.O. siano indicati gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all' articolo n. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Il Piano della performance è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'A.O.U. "Federico II" per la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano, in assenza di linee guida specifiche successive alla cosiddetta "Riforma Madia", viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla già Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) dettati con la Delibera n. 112/2010 ed in riferimento alle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017. Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

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

Il Piano della performance è un documento flessibile, modificabile con cadenza annuale o anche infrannuale in relazione a:

- a) nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento delle Pubbliche Amministrazioni, definite attraverso l'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.

Il D.lgs. 74/2017 evidenzia alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

Il Piano si articola, in coerenza alle disposizioni del D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii., alle indicazioni CIVIT (ora ANAC) e alle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 74/2017, nelle seguenti parti:

- a) definizione dell'identità dell'organizzazione, che comprende gli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale e la mission aziendale;
- b) analisi del contesto esterno, con particolare riferimento allo scenario regionale;
- c) analisi del contesto interno, nel quale vengono illustrate le peculiari caratteristiche dell'A.O.U. "Federico II", classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale;
- d) definizione degli obiettivi strategici;
- e) definizione degli obiettivi operativi;
- f) descrizione del ciclo della performance.

Le fasi del processo descritte non vanno interpretate come adempimenti circoscritti nel tempo e meramente strumentali alla redazione del Piano, ma costituiscono "punti" di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie dell'amministrazione rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Il Piano si pone, quindi, l'obiettivo di 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 ed è, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti;
- una specifica linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

Il presente Piano si colloca in un contesto storico caratterizzato dall'epidemia COVID-19 che da febbraio 2020 ha interessato anche l'Italia.

L'epidemia COVID-19 ha posto il Servizio Sanitario Regionale di fronte a:

- nuovi bisogni assistenziali che richiedono urgenza nella risposta e diversificazione della stessa, essendo assai eterogenee le caratteristiche cliniche dei casi;
- necessità di rispetto delle misure di prevenzione del contagio, tra cui il distanziamento sociale;
- necessità di coniugare la risposta ai nuovi bisogni assistenziali con il mantenimento dell'erogazione dei LEA, assicurando le prestazioni urgenti e la tutela della salute dei pazienti più fragili.

L'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha imposto modifiche nelle modalità di erogazione dei servizi, coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica descritta nel Piano e rendendo necessaria un'importante riorganizzazione delle attività, al fine di adattare i servizi ai bisogni emergenti correlati alla pandemia e alle nuove disposizioni normative ministeriali e regionali.

L'A.O.U. Federico II, recependo le disposizioni dell'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza Epidemiologica, ha disposto nella prima fase dell'emergenza la sospensione dei ricoveri programmati e delle attività ambulatoriali non urgenti, garantendo le prestazioni di ricovero ordinario urgenti o non differibili e/o legate alle reti tempo dipendenti (Rete Infarto Miocardico Acuto, Rete Stroke, prestazioni di Pronto Soccorso Ostetrico, etc.), i ricoveri in Day Hospital terapeutico e tutte le prestazioni di chemioterapia, radioterapia, oncematologia, medicina nucleare, dialisi, camera iperbarica, PMA, IVG, emostasi e trombosi,

attività del Centro Trasfusionale e gli interventi diagnostico/terapeutici relativi a patologie con carattere di non procrastinabilità. Inoltre, ha reso prenotabili le prestazioni ambulatoriali con carattere di urgenza con codice di priorità U e B per le “prime visite/primi accessi”, mentre le “visite di controllo/accessi successivi al primo” sono erogabili a discrezione del medico che ha effettuato la presa in carico assistenziale del paziente, in relazione alla gravità della patologia in oggetto e/o alle necessità assistenziali nell’ambito del follow-up.

Tutte le prestazioni sono state erogate nel rispetto delle norme anti-COVID-19 nazionali, regionali ed aziendali attualmente vigenti e dei requisiti e delle procedure di sicurezza (triage, distanziamento sociale, igienizzazione delle mani, corretto utilizzo di mascherine chirurgiche ed altri dispositivi medici, appuntamenti ad orari prefissati).

In relazione al Programma Operativo della Regione Campania e in qualità di soggetto attuatore l’A.O.U. Federico II ha attivi, al 31/12/2022, n. 32 posti letto attivi per i pazienti COVID-19 di cui:

- 28 posti letto di Degenza ordinaria;
- 4 posti letto di Terapie Intensiva.

Da dicembre 2020, l’Unità di Crisi Regionale per l’Emergenza Epidemiologica COVID-19 ha autorizzato una graduale ripresa delle attività precedentemente sospese, ivi comprese quelle in regime di ALPI.

L’A.O.U. Federico II ha ripreso le attività (prime visite e visite di controllo) adottando tutte le misure di sicurezza ai fini del contenimento epidemiologico del virus (distanziamento sociale, utilizzo di protezioni individuali e presidi, lavaggio frequente delle mani, pre-triage telefonico e triage in presenza, etc.), a partire dalle prenotazioni già esistenti, attraverso il recall dei sospesi.

Inoltre, nell’ambito del DGR n. 209 del 04.05.2022, che ha approvato il nuovo Piano Operativo Regionale di recupero delle Liste di Attesa, l’Azienda ha provveduto ad elaborare un proprio Piano Operativo di recupero delle Liste di Attesa sia per la Specialistica ambulatoriale sia per l’attività chirurgica (Del. nn. 610 - 611 del 29.06.2022).

Riguardo le attività vaccinali, nel dicembre del 2020 è stato istituito il Punto Vaccinale Ospedaliero che ha iniziato la sua attività vaccinale il 02/01/2021 a partire dal personale sanitario che a qualunque titolo presta servizio in Azienda ed è direttamente impegnato nei reparti COVID-19, proseguendo con gli altri operatori, inclusi specializzandi e studenti delle scuole delle professioni sanitarie e gli studenti di Medicina degli ultimi anni.

Al 31 dicembre 2021 il 98.94% del personale era stato sottoposto al ciclo vaccinale completo anti COVID-19.

La drammatica situazione correlata all’epidemia COVID-19 ha imposto, dunque, all’A.O.U. Federico II di rivedere la programmazione di tutte le attività e l’impiego di risorse umane e strumentali, al fine di rispondere ai bisogni emergenti.

La programmazione strategica è, dunque, influenzata in modo significativo nel suo divenire, anche sotto la spinta della necessità di adottare modelli organizzativi flessibili, in grado di rispondere velocemente al cambiamento.

Gli obiettivi, dunque, sono in continua evoluzione per il carattere di variabilità del fenomeno pandemico e impongono un monitoraggio continuo al fine di intervenire con correttivi e/o rimodulazioni in corso d’anno. La stesura e l’applicazione di protocolli e procedure COVID-

19, la rimodulazione di spazi e percorsi per la sicurezza del personale e dei pazienti, la programmazione di acquisti, l'introduzione di una contabilità separata dei costi COVID, il rispetto di tutte le misure di prevenzione e sicurezza legati, la trasmissione dei flussi informativi, tutte attività che assumono un ruolo ancora più pregnante.

2.2.1 Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che permette attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale ed integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

La base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance è rappresentata dalla DGR n. 586 del 21/11/2019 "Presenza d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento", dal DCA n. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018, dal Protocollo di Intesa tra Regione ed Università 2016 - 2018, dal DCA n. 98 del 20.09.2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana", unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria.

Unitamente alle disposizioni normative vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate. L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli:

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici Aziendali

3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli outcome attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

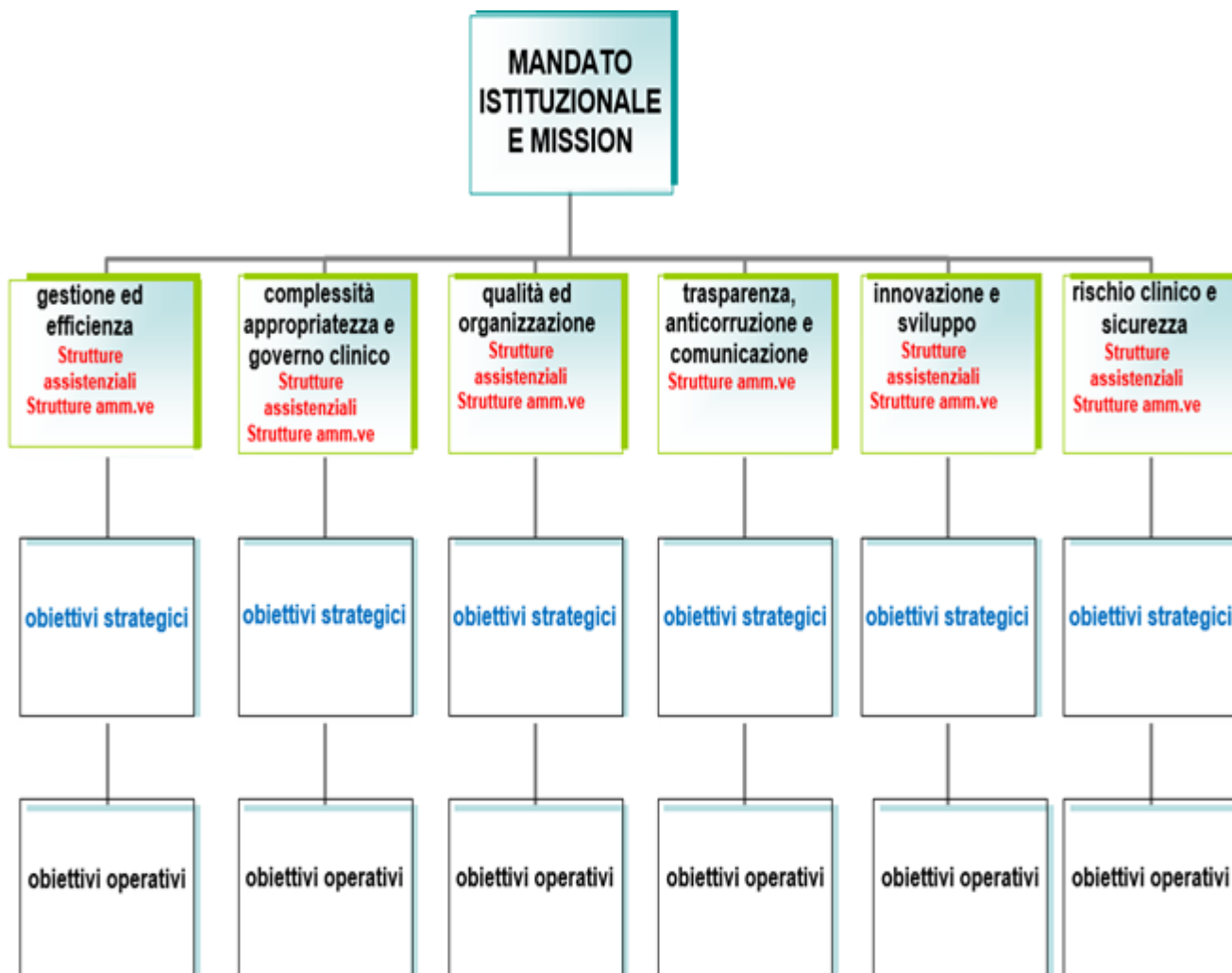
1. Area della gestione e dell'efficienza
2. Area dell'appropriatezza, della complessità e governo clinico
3. Area della qualità ed organizzazione

4. Area della trasparenza e comunicazione
5. Area dell'innovazione e dello sviluppo
6. Area del rischio clinico e della sicurezza

Le sei aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica. Nell'ambito di ciascuna area sono individuate le categorie di obiettivi e nell'ambito di queste gli obiettivi generali e specifici.

Data l'emergenza sanitaria COVID-19 nell'albero della performance assumono un ruolo determinante **l'Area del rischio clinico e della sicurezza e l'Area della trasparenza e comunicazione.**

Figura 6. Albero della Performance



2.2.2 Il processo di definizione degli obiettivi strategici

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti da:

- Delibera della Giunta Regionale n. 327 del 21/06/2022 “Nomina Direttore Generale dell'azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli e Decreto Presidente Giunta n. 100 del 04/08/2022;
- Delibera della Giunta Regionale n. 586 del 21/11/2019 “Presenza d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento”
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 “Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/03/2017 “Programma Operativo 2016-2018”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28/12/2018 “Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018 “Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2 c. 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Protocollo di intesa Regione – Università 2016 - 2018, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

L'A.O.U. “Federico II” definisce, dal punto di vista temporale, due tipologie di obiettivi:

1. obiettivi a medio termine, che coprono l'arco di riferimento dei tre anni, in coerenza con la durata del protocollo d'intesa che l'Università periodicamente stipula con la Regione Campania;
2. obiettivi di breve termine, che coprono l'arco di riferimento di un anno e che costituiscono l'articolazione a breve termine di quelli a medio termine.

La particolare natura dell'A.O.U. Federico II pone un'ulteriore criticità nella gestione della performance: la coesistenza degli obiettivi aziendali (assistenza) con quelli universitari (ricerca e didattica), infatti, si ripercuote sulla complessità gestionale in termini di raggiungimento degli stessi.

Questa criticità, pertanto, non può non essere considerata nella gestione della performance che tende al raggiungimento della mission dell'A.O.U., ossia la piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca.

Le prospettive e le scelte strategiche che l’Azienda intende effettuare per il triennio 2023 – 2025 sintetizzate, quantitativamente, nel bilancio di previsione, tengono conto di una serie di elementi quali:

1. La specificità dell’Azienda;
2. Il Protocollo d’intesa vigente tra Regione ed Università che ne definiscono lo spazio di azione;
3. I meccanismi di finanziamento delle attività erogate dall’Azienda;
4. Gli obiettivi assegnati dalla Regione nell’Atto di nomina del Direttore Generale;
5. La dotazione organica a disposizione dell’Azienda;
6. Il patrimonio tecnologico di cui è dotata l’A.O.U.;
7. Le previsioni del piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera e del servizio sanitario della Regione Campania attualmente vigente.

Gli obiettivi di cui alla Delibera di nomina Direttore Generale DGR n. 327 del 21/06/2022 sono rappresentati nelle tabelle sottostanti, distinti in obiettivi di carattere generale, obiettivi specifici e tematici:

Tabella 2. Obiettivi di carattere generale (D.G.R. n. 327 del 21/06/2022)

1	<p>Raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria. <i>Il mancato raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria è, ai sensi della normativa vigente, causa di decadenza del Direttore Generale.</i></p>
2	<p>Il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dal Livelli essenziali di Assistenza. <i>Il mancato raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l’applicazione dell’art. 3bis, comma 7 del D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii.</i></p>
3	<p>Il rispetto dei tempi di pagamento. <i>Al rispetto dei tempi di pagamento è subordinata l’attribuzione dell’indennità di risultato come disciplinato dall’art. 1 comma 865 legge di bilancio per l’anno 2019 che dispone che:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-non è riconosciuta qualora l’ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in casi di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo;</i> <i>-è riconosciuta per la metà qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</i> <i>-è riconosciuta per il 75% qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</i> <i>-è riconosciuta per il 90% qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</i>

Tabella 3. Obiettivi specifici (D.G.R. n. 327 del 21/06/2022)

1	Garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito “CORE” del Nuovo Sistema di Garanzia .
2	Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie.
3	Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi.
4	Obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale 210 del 4 maggio 2022.

Tabella 4. Obiettivi tematici (D.G.R. n. 327 del 21/06/2022)

1	Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale.
2	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali.
3	Erogazione almeno all'80% dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali.

In base agli obiettivi suindicati saranno elaborati e definiti gli obiettivi da assegnare alle singole Strutture sanitarie ed amministrative per l'anno 2023.

2.2.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi – il ciclo della performance

Ai sensi dell'art. 4, comma 2 del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

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

Il modello di formulazione degli obiettivi adottato dall'azienda segue una logica di tipo top down partecipato, nella quale gli obiettivi sono declinati dalla Direzione Strategica ad un livello di ampiezza tale da consentire ai singoli Centri di Responsabilità una specificazione rispetto alle effettive modalità di raggiungimento, oppure in alternativa, un'integrazione con altri obiettivi a miglioramento/completamento di quelli assegnati.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna Unità Organizzativa viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati attraverso indicatori e aventi uno specifico peso.

Gli obiettivi sono monitorati in corso d'anno, per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale, e a fine anno, per determinare la percentuale di raggiungimento degli stessi cui viene associata la corresponsione della retribuzione di risultato.

Gli obiettivi da assegnare ai Centri di responsabilità sono riportati sul documento "Scheda Obiettivi", la quale associa alle categorie di obiettivi gli obiettivi aziendali e, per ciascuno di questi, gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità. Ad ogni obiettivo è, poi, associato un target, un indicatore ed un peso/punteggio e individuato un responsabile della verifica.

Il raggiungimento degli obiettivi viene monitorato in itinere ed ex post.

I risultati del monitoraggio sono rappresentati nella Scheda monitoraggio Obiettivi redatta dalla U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e trasmessi ai Centri di Responsabilità.

La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione o stralcio degli obiettivi se alla luce dei risultati infra-annuali non risultino effettivamente realizzabili.

2.2.4 La valutazione del personale

Il processo di valutazione della performance organizzativa viene descritto nel “Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante” mentre il processo di valutazione della performance individuale è descritto nel “Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance” approvato con Delibera n. 198 del 24.03.2016.

Il Regolamento prevede a regime che alla Scheda Obiettivi assegnata alla struttura/centro di responsabilità venga collegata una Scheda Valutazione Individuale, che deve essere compilata dal responsabile di struttura sovraordinato (valutatore), a seguito di un colloquio con il valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione.

Tale comunicazione rappresenta un momento di confronto riguardante le aspettative reciproche: per il valutato in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi.

La scheda derivante dal colloquio iniziale va sottoscritta sia dal valutatore che dal valutato.

Oggetto della valutazione sono:

- la performance organizzativa
- la performance individuale

alle quali viene attribuito un peso diverso a seconda dell'inquadramento contrattuale e del grado di responsabilità all'interno dell'organizzazione.

Alla definitiva valutazione del personale si perviene con la combinazione dei valori concernenti sia la performance individuale, sia quella organizzativa quest'ultima scaturente dalla valutazione degli obiettivi assegnati alla struttura/centro di responsabilità.

La valutazione annuale ha rilevanza, oltre che ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, anche ai fini dell'affidamento o del rinnovo di incarichi e delle progressioni di carriera e per ogni altra finalità prevista dal D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii..

Il processo di valutazione disciplinato dall'A.O.U., si caratterizza per la sua conformità ai seguenti principi generali:

- obbligo di informazione adeguata in favore del Valutando;
- pubblicità delle procedure di valutazione, compatibilmente con le esigenze di riservatezza;
- predeterminazione e pubblicità dei parametri e dei criteri di valutazione;
- garanzia di contraddittorio, con riconoscimento, in favore del Valutando, di articolate ed incisive facoltà di intervento e di partecipazione;
- coinvolgimento di professionalità ed esperienze di soggetti esterni alla struttura organizzativa dell'A.O.U., ad iniziativa e nell'interesse del Valutando;
- divieto di giudizi e decisioni dal contenuto discriminatorio.

Il responsabile della valutazione è il soggetto che ha in carico il dipendente e che per tal motivo costituisce la figura gerarchica di riferimento, che ha l'opportunità di rendersi conto con immediatezza e competenza delle concrete modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

Con riferimento alla Scheda di Valutazione individuale, si è provveduto ad un aggiornamento sia per l'area Dirigenza sia per l'area Comparto modificando gli item/parametri di valutazione rispetto a quanto approvato con Delibera n.198 del 24.03.2016.

Di seguito si riportano le nuove Schede di Valutazione individuale per l'area Comparto e Dirigenza:

Scheda per la valutazione individuale per l'area COMPARTO SESSIONE 202__		
1	COGNOME E NOME DEL VALUTATO:	MATR. N.
	INCARICO:	
	COGNOME E NOME DEL VALUTATORE:	MATR. N.
	PERIODO DI VALUTAZIONE: DAL _____ AL _____	
	DAI/UOC: _____	CDC: _____
2	PARAMETRI DI VALUTAZIONE (per la performance individuale)	PUNTEGGIO inadeguato: da 0 a 5 adeguato: da 6 a 8 eccellente: 9 o 10
	I. Rispetto dei Regolamenti e delle Disposizioni aziendali (indica la propensione al rispetto delle direttive aziendali, delle disposizioni di servizio e dei protocolli operativi della buona pratica amministrativa/sanitaria)	
	II. Pianificazione e gestione del carico di lavoro (indica la capacità di programmare ed organizzare le proprie mansioni nel rispetto dei tempi e degli impegni assunti)	
	III. Problem solving (indica la capacità di risoluzione di possibili problemi in maniera autonoma e tempestiva in piena consapevolezza delle conseguenti responsabilità)	
	IV. Flessibilità (indica la capacità di adattamento e la disponibilità a far fronte ad imprevisti/urgenze di natura organizzativa: cambi turno, sostituzioni etc.)	
	V. Qualità dell'apporto professionale (indica la capacità di svolgere le attività lavorative con precisione, accuratezza e rapidità)	
	VI. Competenze professionali (indica il grado di competenza tecnica in relazione alle mansioni assegnate)	
	VII. Capacità di relazionarsi con l'utenza (Indica il grado di disponibilità e l'attitudine a soddisfare i bisogni dell'utenza)	
	VIII. Capacità di relazionarsi con i colleghi (Indica il grado di disponibilità ad operare in gruppo ed a mantenere efficaci relazioni interpersonali con collaboratori, colleghi e superiori)	
	IX. Disponibilità a lavorare in team (indica la propensione a collaborare in modo proattivo attraverso la condivisione di informazioni e la formulazione di proposte)	
	X. Formazione professionale (indica il grado di partecipazione alla formazione aziendale ed a corsi di aggiornamento professionale)	
TOTALE		
3	A) PERFORMANCE INDIVIDUALE (riportare il totale della valutazione iniziale)	
4	MOTIVAZIONE della valutazione (obbligatoria): _____ _____ _____	
5	Data di compilazione della scheda _____ Timbro personale e firma del valutatore _____	
6	Nel ricevere una copia della presente scheda: A) dichiaro di condividerne, senza riserve , il contenuto (ovvero) B) chiedo il riesame della valutazione e mi riservo di depositare una nota di disaccordo entro 15 giorni da oggi (ovvero) C) chiedo il riesame della valutazione per i seguenti motivi : _____ _____ _____	
	Data: _____	Firma valutato (leggibile) _____



Scheda per la valutazione individuale per l'area **DIRIGENZA**
SESSIONE 202___

1	
COGNOME E NOME DEL VALUTATO:	MATR. N.
INCARICO:	
COGNOME E NOME DEL VALUTATORE:	MATR. N.
PERIODO DI VALUTAZIONE: DAL _____ AL _____	
DAI/UOC:	CDC:
2	
PARAMETRI DI VALUTAZIONE (per la performance individuale)	PUNTEGGIO inadeguato: da 0 a 5 adeguato: da 6 a 8 eccellente: 9 o 10
I. Rispetto dei Regolamenti e delle Disposizioni aziendali (indica la propensione al rispetto delle direttive aziendali, delle disposizioni di servizio e dei protocolli operativi della buona pratica amministrativa/sanitaria)	
II. Contributo alla strategia aziendale (indica la capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare le linee strategiche aziendali)	
III. Pianificazione e gestione del carico di lavoro (indica la capacità di programmare ed organizzare le proprie mansioni nel rispetto dei tempi e degli impegni assunti)	
IV. Problem solving (indica la capacità di risoluzione di possibili problemi in maniera autonoma e tempestiva in piena consapevolezza delle conseguenti responsabilità)	
V. Leadership (indica la capacità di motivare, guidare e valutare i collaboratori e generare un ambiente di lavoro favorevole e produttivo)	
VI. Qualità dell'apporto professionale (indica la capacità di svolgere le attività lavorative con appropriatezza, precisione, accuratezza e rapidità)	
VII. Capacità di relazionarsi con l'utenza (Indica il grado di disponibilità e l'attitudine a soddisfare i bisogni dell'utenza)	
VIII. Capacità di relazionarsi con i colleghi (Indica il grado di disponibilità ad operare in gruppo ed a mantenere efficaci relazioni interpersonali con collaboratori, colleghi e superiori)	
IX. Disponibilità a lavorare in team (indica la propensione a collaborare in modo proattivo attraverso la condivisione di informazioni e la formulazione di proposte)	
X. Formazione professionale (indica il grado di partecipazione alla formazione aziendale ed a corsi di aggiornamento professionale)	
TOTALE	
3 A) PERFORMANCE INDIVIDUALE (riportare il totale della valutazione iniziale)	
4 MOTIVAZIONE della valutazione (obbligatoria): _____	
5 Data di compilazione della scheda _____ Timbro personale e firma del valutatore _____	
6 Nel ricevere una copia della presente scheda:	
<p>A) dichiaro di condividerne, senza riserve, il contenuto (ovvero)</p> <p>B) chiedo il riesame della valutazione e mi riservo di depositare una nota di disaccordo entro 15 giorni da oggi (ovvero)</p> <p>C) chiedo il riesame della valutazione per i seguenti motivi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Data: _____	Firma valutato (leggibile)

Tabella 5. Griglia valutatori/valutati

CHI VALUTA?	CHI E' VALUTATO?
Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	Direttori dei D.A.I.
Direttore Sanitario - Direttore Amministrativo - Coordinatore Staff di Direzione Strategica	Staff di Direzione Strategica
Direttore Sanitario	Direttori delle U.O.C. della macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Direttore Amministrativo	Direttori delle U.O.C. della macro area tecnico - amministrativa
Direttori D.A.I.	Direttori di U.O.C. afferenti ai D.A.I., Responsabili di U.O.S.D., Responsabili dei Programmi Infradipartimentali o Interdipartimentali, Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico del D.A.I
Direttori delle U.O.C. della macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali	Responsabili di U.O.S., Personale di Comparto e Dirigenti senza incarico delle U.O.C. afferenti alla macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali
Direttori delle U.O.C. della macro area tecnico - amministrativa	Responsabili di U.O.S., Personale di Comparto, Dirigenti senza incarico delle U.O.C. afferenti alla macro area tecnico - amministrativa
Direttori delle U.O.C. afferente al D.A.I	Responsabili delle U.O.S. afferenti all'U.O.C.
Direttori D.A.I. presso cui è stato esercitato il diritto voto	Responsabili dei Centri Interdipartimentali

Dunque, il processo di misurazione e valutazione della *performance* individuale interessa tutto il personale dipendente dell'A.O.U. e, secondo quanto previsto dall'art. 9 del D.lgs. 150/09 e ss.mm.ii., si snoda in diverse fasi, tutte fondate sull'utilizzo dei due seguenti parametri:

- modalità di svolgimento, caratteristiche quali-quantitative ed efficienza della prestazione lavorativa (*performance* individuale);
- efficienza della struttura organizzativa di appartenenza, intesa come percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati (*performance* organizzativa).

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e che vanno formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto nazionale, sulla base degli studi curati dalla Transparency International vede l'Italia, nel 2021, al 42° posto nel mondo, con un Indice di Percezione della Corruzione (CPI), nel settore pubblico e nella politica, che raggiunge 56 punti su 100. Tale dato registra un miglioramento rispetto all'anno precedente, risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione. Per il 2022, l'indice di percezione della corruzione è, allo stato, in corso di presentazione.

Inoltre, la crisi conseguente alla pandemia ha posto in luce, in tutta la loro drammaticità, i nodi irrisolti del modello di sviluppo del Paese che ha condotto, negli anni, a fragilità che riguardano l'intero territorio, ma che, nelle regioni più deboli, hanno dato luogo a vere e proprie emergenze sociali, evidenziando un divario nella cittadinanza (intesa come accesso a diritti essenziali come salute, istruzione, assistenza) e indebolendo la coesione sociale che sottende all'unità nazionale e indebolisce la capacità di ripresa, sia a livello nazionale che locale.

Infatti, anche in ambito locale, la crisi generata dalla pandemia ha notevolmente inciso sul contesto economico e sociale, aggravando le disuguaglianze. I dati della Banca d'Italia per il 2020 hanno indicato una diminuzione di circa l'8,2 per cento dell'attività economica e un calo, per quanto riguarda l'industria campana, particolarmente pronunciato tra le piccole imprese manifatturiere. Il comparto agroalimentare e quello farmaceutico risultano beneficiari, invece, di un aumento di fatturato.

Nel primo semestre del 2022 è evidenziata una ripresa complessiva dell'economia della Campania, nonostante il permanere di significative difficoltà di approvvigionamento dei materiali e il forte rialzo dei costi energetici e dei beni alimentari. L'espansione dell'attività è proseguita in maniera diffusa per tutti i settori dell'economia, con aumento anche dell'occupazione, favorito dai più elevati livelli di attività.

Gli studi recenti hanno evidenziato, altresì, la necessità di rafforzare le progettualità degli Enti locali e regionali del Mezzogiorno e potenziare una gestione strategica condivisa per dare unitarietà ai diversi livelli di programmazione. A tal riguardo, le misure di rilancio economico in corso, costituiscono un'occasione per coniugare crescita nazionale e coesione territoriale e per rispondere in maniera collaborativa alle sfide quali i fenomeni migratori, le minacce per la salute, l'invecchiamento della popolazione attivando al contempo dinamiche di crescita sostenibile.

L'analisi del territorio, dal punto di vista criminologico, evidenzia secondo gli studi dell'ANAC, che "Le forme di condizionamento dell'apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione

capillare nel tessuto culturale, sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale”, con particolare riguardo al settore degli appalti.

Inoltre, dalla relazione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario della Corte di Appello di Napoli, emerge che riguardo all’andamento dei reati commessi nel territorio di Napoli e Provincia nel corso del 2022, dai dati interforze forniti dalla Questura di Napoli si registra un aumento del 9,43% del numero complessivo dei delitti commessi a Napoli e provincia, con una decisa inversione di tendenza rispetto gli anni precedenti, che avevano visto invece una costante diminuzione dei delitti. Tra i delitti in aumento, si annoverano le associazioni per delinquere, semplici e di tipo mafioso, e i delitti informatici. L’analisi evidenzia come la situazione di emergenza determinata dalla pandemia abbia aperto nuovi scenari anche per la criminalità organizzata.

L’analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare le caratteristiche dell’ambiente nel quale l’Amministrazione opera, al fine di individuare l’impatto dello stesso sul rischio corruttivo e favorire la valutazione del rischio, anche se appare difficile poter analizzarne i rischi, sia in considerazione del contesto territoriale nel quale l’Azienda opera, caratterizzato da importanti dinamiche sul fronte demografico, su quello delle famiglie ma anche e soprattutto sul fronte dell’economia e del mercato del lavoro a causa dello squilibrio esistente fra l’ampiezza dei fabbisogni che corrispondono alla dimensione del sistema sociale di riferimento e la capacità dell’economia regionale e del mercato di sostenere adeguatamente la necessità di lavoro, sia in considerazione della peculiare natura dell’Ente e della sua “mission” istituzionale. Infatti, trattasi di un’Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e caratterizzata dall’attività assistenziale e da quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale. Essa svolge quindi, in modo unitario ed inscindibile, funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso un elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell’abito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute, nonché elemento strutturale dell’Università, nell’ambito della quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca. Infatti, l’A.O.U. “Federico II” costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale. Uno specifico protocollo d’intesa disciplina i rapporti tra l’Università degli Studi di Napoli “Federico II e la Regione Campania, per lo svolgimento delle attività assistenziali”.

Inoltre, l’offerta assistenziale regionale dell’A.O.U. Federico II si caratterizza attraverso:

- la presenza di numerosi Centri di Riferimento Regionale;
- le attività specialistiche che, sebbene esistano nel panorama regionale realtà sanitarie a vocazione mono specialistica, rappresentano importanti punti di riferimento regionale;
- la partecipazione alla rete regionale dell’emergenza, nonché a quella oncologica.

Un’analisi del contesto esterno non può prescindere dal suddetto ruolo istituzionale di questa Azienda.

L’analisi dei comportamenti corruttivi, come accennato, può correlarsi principalmente:

- alla spesa pubblica per la cura dei pazienti (fornitura dei farmaci, sia sotto l’aspetto del loro acquisto al miglior prezzo, sia sotto l’aspetto dell’adeguatezza prescrittiva, terapie, fornitura dei beni di alta tecnologia e servizi correlati);

- all'attività professionale e libero professionale dei dipendenti;
- alla formazione e gestione delle liste di attesa;
- al processo degli approvvigionamenti;
- alle procedure amministrativo-contabili;
- alle collaborazioni con soggetti esterni nell'ambito di varie progettualità.

Le diseguaglianze di salute emergenti nel contesto nazionale per effetto della pandemia, ha ulteriormente evidenziato le fragilità connesse al diritto alla salute.

Lo scenario territoriale è caratterizzato da invecchiamento della popolazione, riduzione della natalità e della fecondità ed incremento dei flussi migratori. Dai dati ISTAT emerge che, sebbene l'Italia sia in media tra i paesi in Europa con le minori differenze sociali nella salute, esiste tuttora una differenza nell'aspettativa di vita alla nascita tra i residenti con alto livello di istruzione a Bolzano, rispetto ai residenti meno istruiti in Campania, che corrisponde al guadagno in anni di aspettativa di vita osservato in oltre venti anni di storia demografica italiana, con implicazioni sulla qualità di vita per tutte le fasce di età. Le diseguaglianze di salute risultano quindi radicate in quelle sociali: senza uno sforzo collettivo per affrontarle e risolverle non può esserci uno sviluppo duraturo.

Quindi, il patrimonio demografico del nostro Paese, inteso come “quantità di futuro”, in termini di numero complessivo di anni-vita che una popolazione, misurata in uno specifico momento, ha innanzi a sé (in base alla sua numerosità e composizione per sesso ed età e ipotizzando appropriate condizioni di sopravvivenza), non si rinnova.

La promozione della salute è una parte integrante della strategia di crescita Europea intelligente ed inclusiva 2020, visto che mantenere le persone sane ed attive più a lungo impatta la produttività e la competitività. Il settore salute riveste un ruolo critico nella creazione di posti di lavoro, impegnando 1 su 10 dei lavoratori più qualificati in Europa. Con una proiezione di aumento del 45% delle persone di età maggiore di 65 anni nei prossimi 20 anni, un ruolo centrale riveste la necessità di finanziare i costi crescenti delle cure sanitarie, garantendo una vita dignitosa per la popolazione che invecchia. L'innovazione può contribuire a rendere questi costi più sostenibili, e fornire nuove cure per le diverse esigenze di salute.

Il fattore su cui è necessario, quindi, orientare gli interventi sanitari è l'adozione di corretti stili di vita, che agiscono direttamente sulla incidenza e la prevalenza delle patologie cronico degenerative nei diversi settings di vita, incluso quello lavorativo. Inoltre, la popolazione studentesca che frequenta l'A.O.U. a scopo formativo, per effetto della summenzionata missione istituzionale, rappresenta un'ulteriore possibilità per l'Azienda di contribuire all'adozione di stili di vita salutari da parte di una fascia specifica di soggetti.

Il cambiamento paradigmatico da un approccio reattivo alla malattia ad uno proattivo, che mette il cittadino al centro di un'azione sinergica tra attori di diverse organizzazioni, private e pubbliche comporta l'esigenza, da parte dell'Azienda, di dotarsi di sistemi di monitoraggio delle attività collaborative sempre più sensibili e specifici che, però, non inibiscano gli sforzi tesi a supportare in maniera innovativa la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dei dipendenti, dei pazienti e degli studenti.

Da ciò, si evince che i principali fattori di rischio possono ricondursi al verificarsi del fenomeno corruttivo nel processo clinico assistenziale, ma anche nelle diverse attività propedeutiche a coinvolgere l'Azienda in progettualità capaci di fungere da attrattore economico.

La mappatura dei diversi processi tesa a fornire una visione chiara e lineare delle finalità delle diverse attività interdipendenti consente, quindi, di identificare sia la creazione di valore diretta ed indiretta, sia il rischio di corruzione.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

L'analisi del contesto interno dell'Azienda non può prescindere dalla natura di questa Azienda Ospedaliera Universitaria, come sopra accennato, ove l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattica scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto unitario ed inscindibile di funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

Il Protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università Federico II di Napoli è teso a realizzare una fattiva collaborazione tra le parti per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, perseguendo la qualità e l'efficienza dell'attività integrata di assistenza, didattica e ricerca, nell'interesse congiunto di tutela della salute della collettività e dei singoli cittadini. Il ruolo delle Università, con la parte relativa alla ricerca, rappresenta, nelle analisi dell'ANAC al riguardo, un elemento importante per la gestione completa e sistemica della "corruzione" in sanità.

Ai sensi del citato Protocollo, sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, l'Organo di Indirizzo e il Collegio di Direzione. Essi costituiscono parte integrante dell'assetto istituzionale, inteso come l'insieme dei soggetti e organismi considerati nei rispettivi ruoli e reciproche relazioni, tramite cui vengono esercitate le prerogative di governo dell'Azienda. L'assetto istituzionale si articola nei seguenti soggetti e organismi:

l'Università di Napoli Federico II e la Regione Campania, quali principali portatori d'interesse dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.;

gli organi collegiali di decisione e controllo aziendale, cui appartengono l'Organo di Indirizzo, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione;

gli organismi collegiali di indirizzo, verifica o controllo, cui appartiene l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Le scelte organizzative aziendali si ispirano e trovano le proprie fonti nelle seguenti dimensioni:

– coerenza con la filosofia, i principi e la macrostruttura contenuti nell'Atto Aziendale. L'Azienda ha adottato il nuovo Atto Aziendale con deliberazione del Direttore Generale n. 229 del 28/3/2017, unitamente al Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA). Tale atto rappresenta lo strumento giuridico mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla normativa di riferimento e delle finalità istituzionali dell'Ente. Esso contiene, quindi, il sistema di regole che caratterizza il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività dell'Azienda (il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, l'Università, ecc.) e i criteri che orientano le scelte della Direzione Strategica Aziendale. In tale dinamica si sviluppano l'attività e le scelte della stessa. Tale documento è pubblicato sul sito web istituzionale;

– risposta ai principali fabbisogni, determinati dalla complessità dell'Azienda (compresenza di ricerca, didattica ed assistenza, dimensione, livelli di specializzazione, infrastrutture e logistica), dalle pressioni ambientali (competitive e collaborative,

tecnologiche, professionali) e dalle aspettative sociali ed istituzionali collegate alle finalità aziendali;

- coerenza con il quadro normativo-istituzionale di riferimento (Protocollo d’Intesa, Piano Ospedaliero Regionale, leggi, decreti e regolamenti o linee guida, ecc.) e con gli indirizzi degli organi regionali concernenti il S.S.R.

- La struttura organizzativa aziendale definisce gli organi aziendali e le relazioni gerarchiche tra gli stessi ed implicitamente individua gli insiemi di responsabilità, di attività e di compiti assegnati ad ogni organo.

- Essa prevede:

- articolazioni strutturali (o con compiti prevalenti di tipo gestionale) e funzionali (o con compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico o di coordinamento). Tra queste articolazioni si collocano le altre unità aziendali, oltre ad una figura di coordinamento delle posizioni organizzative di Staff della Direzione Strategica, istituita nel 2018 al fine di assicurare, nella particolare e complessa configurazione aziendale, il raccordo e l’integrazione delle diverse funzioni di competenza delle suddette strutture;

- articolazioni di “line” (gli organi di line sono collegati lungo la catena gerarchica e partecipano direttamente o come supporto primario, indispensabile, alla produzione) e di staff (in posizione “laterale”, afferente o direttamente alla direzione strategica o ad un’altra articolazione di line aziendale).

- In particolare, per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell’efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area delle attività amministrative, tecniche e logistiche che ricomprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell’Azienda. L’articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.

Recentemente, nelle more del nuovo Atto Aziendale, l’Azienda ha adottato nuovi provvedimenti tesi ad una rimodulazione e revisione dell’assetto della macro area assistenziale dei Dipartimenti ad Attività Integrata ed all’individuazione di un’Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, con la istituzione di nuove Unità Operative Complesse e di un Direttore dell’Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, nella quale confluiscono le unità operative complesse tecnico-amministrative. Tale nuovo assetto, che modifica in parte l’attuale articolazione della macro area delle strutture amministrative e tecniche aziendali è, allo stato, in corso di attuazione.

2.3.3 Mappatura dei processi

Il processo di gestione del rischio non può prescindere dall’analisi delle attività, attraverso la mappatura dei processi, al fine sia di identificare le aree maggiormente esposte e rischio corruttivo, sia di individuare le conseguenti misure di prevenzione e contrasto. La definizione di una mappatura del rischio permette di focalizzare l’attenzione dell’Azienda su specifici processi, per i quali vi è maggiore esposizione alla corruzione.

L’Azienda ha definito i propri processi organizzativi aziendali già con un Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 290 del 16/6/2014. Tale atto, attraverso la mappatura dei processi amministrativo-contabili dell’Azienda, ha la finalità di definire l’insieme di strumenti gestionali ed operativi e le procedure atti a garantire la legittimità,

regolarità e correttezza dell'azione amministrativa, nonché di verificare, attraverso adeguati strumenti di misurazione e monitoraggio, l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. Altresì, tale strumento tende a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico) e di valutazione delle prestazioni del personale (valutazione del personale). Nell'anno 2016 si è proceduto ad emanare una circolare a tutte le Unità Operativa Complesse Amministrative e Tecniche atte a garantire il costante aggiornamento della mappatura dei processi di controllo interno, nell'ottica di una sempre più puntuale identificazione dei processi organizzativi aziendali. Nella medesima circolare veniva ribadito l'obbligo, per ciascun Responsabile di Struttura di vigilare, per quanto di competenza, circa la corretta applicazione dei processi amministrativo-contabili, come definiti dal Regolamento di cui in argomento, nel rispetto delle prescrizioni normative ed in coerenza con l'organizzazione aziendale ed a segnalare tempestivamente alla Direzione Generale qualsiasi esigenza di adeguamento e/o revisione, al fine di garantire il rispetto delle prescrizioni di legge e la conformità all'assetto organizzativo aziendale.

La suddetta mappatura, anche in considerazione delle notevoli dimensioni aziendali, costituisce un importante strumento di supporto al processo di gestione del rischio ed alla mappatura delle aree e delle attività con più elevato livello di probabilità di eventi rischiosi. Inoltre, i processi organizzativi mappati consentono l'individuazione degli elementi descrittivi degli stessi, a partire da quelli che innescano il processo (input), fino al raggiungimento delle attività finali (output).

Nel corso del 2017, l'Azienda, alla luce delle recenti novità normative introdotte in materia amministrativo-contabile, nonché alla luce di quanto richiesto dalla Regione Campania – Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro del settore sanitario – Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, in merito allo stato di avanzamento dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie (PAC) ha posto in essere un percorso di aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo-contabili, di cui al succitato regolamento aziendale. Tale revisione è culminata in un provvedimento (deliberazione del Direttore Generale n. 897 del 21/12/2017) di approvazione della nuova mappatura dei processi amministrativo-contabili dell'Azienda.

Nel 2018 l'Azienda ha ulteriormente monitorato, attraverso appositi questionari distribuiti alle strutture interessate, lo stato di conoscenza interna dei processi amministrativo-contabili aziendali, nell'ottica di favorire il corretto e trasparente funzionamento dell'apparato amministrativo-contabile aziendale.

Anche nel corso del 2019 tale monitoraggio è stato attivo, con implementazione delle iniziative di miglioramento, espresse altresì, nell'implementazione avanzata dei processi relativi al "Percorso Attuativo di Certificabilità del bilancio" e della mappatura delle procedure amministrativo-contabili, al fine di garantire la corretta implementazione di correlate azioni del PAC e approvata con deliberazione n. 710 dell'1/8/2019.

Nel corso del 2020 e del 2021 le problematiche connesse all'emergenza covid-19 non hanno reso possibile ulteriori iniziative.

Nel 2022 l'Azienda ha approvato un nuovo cronoprogramma operativo aziendale della certificabilità del bilancio, per il raggiungimento degli obiettivi del P.A.C., ove sono contenute sia le principali procedure implementate, anche a seguito del Sistema Informativo Amministrativo Contabile Unico implementato dall'Azienda a far data dal 2019, sia le ulteriori attività e verifiche da predisporre entro il 31/12/2024. Tali azioni garantiscono, tra l'altro, una raccolta sistematica e continuativa dei dati necessari per il governo aziendale e, dunque la corretta rilevazione dei dati gestionali.

In tale area di sottosezione è riportata, dunque, la mappatura dei processi aziendali, basata sulla rilevazione ed analisi dei processi organizzativi, nella quale, in considerazione dell'esigenza di privilegiare sempre più un'analisi di tipo "qualitativo" nell'individuazione e nella valutazione dei livelli di esposizione al rischio corruttivo, si è provveduto già nel 2022 ad implementare, ove possibile, il livello di analiticità della stessa per ciascuna struttura, con particolare riguardo alle cosiddette "aree di rischio" (contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, attività libero-professionale, liste di attesa, farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie). A tal fine, sono state individuate, in ciascun processo, oltre all'identificazione e descrizione dello stesso, a partire dagli elementi che lo innescano, le aree di rischio, le criticità delle attività, le misure adottate e quelle che si intendono adottare, le figure e/o unità responsabili ovvero che svolgono le attività del processo, i tempi di realizzazione delle misure.

Nelle stesse sono riportate, quindi, con riferimento a ciascuna Unità Operativa Complessa Amministrativa e Tecnica, le aree a rischio, nonché le misure già adottate e quelle che si intendono adottare per favorire la prevenzione e/o il contrasto della corruzione.

La definizione di una mappatura del rischio permette di focalizzare l'attenzione dell'Azienda su specifici processi, per i quali vi è maggiore esposizione alla corruzione. Tale mappatura, attraverso il dettaglio dei processi, di seguito riportato, consente l'individuazione delle aree e dei relativi responsabili e, quindi, una maggior chiarezza nella specificazione delle azioni di prevenzione da attuare e nei controlli da effettuare, anche alla luce degli esiti dei monitoraggi e delle valutazioni rimesse alle valutazioni dei Responsabili delle strutture:

U.O.C. GESTIONE ACQUISIZIONI BENI E SERVIZI:

Macro processo 1: Attività, funzioni e responsabilità del R.U.P.

Descrizione del processo: *Attività svolte dal Responsabile del procedimento (RUP) nell'ambito delle procedure di evidenza pubblica sopra e sotto soglia di rilievo comunitario per l'affidamento - con oneri a carico dell'A.O.U. e di importo superiore alla soglia comunitaria – di servizi e forniture. - Attività svolte dal Responsabile del procedimento (RUP) nell'ambito delle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di concessioni di servizi.*

Si ricorda che il RUP è nominato, di norma, con: - determina Dirigenziale di questa U.O.C su indicazione della Direzione Strategica o del Direttore del D.A.I. richiedente il bene o servizio, nell'ambito delle procedure per l'acquisizione di servizi e forniture. Il RUP viene di norma individuato tra il personale aziendale per l'affidamento, tra l'altro, di alcuni appalti di particolare rilievo, tra cui: servizio di pulizia, servizio di vigilanza, concessione in uso dei locali per il servizio di bar- rosticceria e per il servizio di vitto ai degenti e lava-nolo. Gli atti preliminari di gara predisposti dal RUP sono approvati dalla Direzione aziendale prima dell'indizione della procedura di evidenza pubblica.

Con deliberazione del Direttore Generale, si procede tra l'altro: - all'approvazione del testo degli atti di gara predisposti dagli Uffici competenti; - all'approvazione dell'aggiudicazione provvisoria, a conclusione dell'istruttoria a cura dei competenti Uffici in ordine alla verifica di regolarità della procedura di gara; - alla dichiarazione di efficacia o inefficacia dell'aggiudicazione provvisoria, all'esito delle verifiche a cura dei competenti in ordine ai requisiti previsti dalla vigente normativa.

Responsabilità del processo: R.U.P. Identificazione delle aree di rischio: La prevenzione si realizza innanzitutto attraverso un attento controllo interno da parte dei dirigenti competenti. Tale controllo viene effettuato, in particolare, in sede di: - approvazione degli atti preliminari di gara predisposti dal RUP; - approvazione dell'aggiudicazione provvisoria. Predisposizione di modulistica circa le dichiarazioni di incompatibilità e/o conflitti d'interessi di cui all'art. 42, comma 2 del D.Lgs. 50/16, in modo da verificare l'assenza di incompatibilità e/o conflitti d'interessi tra il RUP o il dirigente e gli imprenditori che operano nel mercato di riferimento, ovvero nell'appalto in argomento (o, in caso di società, i soci e coloro che rivestono cariche sociali). - Adozione, a cura della Direzione aziendale e/o mediante le UU.OO.CC competenti, di apposito Regolamento attività RUP anche alla luce della nuova normativa e delle linee guida ANAC - Individuazione, a cura della Direzione aziendale e/o mediante le UU.OO.CC competenti, dei criteri per la rotazione degli incarichi di RUP. Si ritiene a tal riguardo opportuno evidenziare che, con disposizione del D.G. n. 51 del 09/03/2020 e fino a diversa indicazione della stessa Direzione Strategica, è stato individuato quale R.U.P. per tutti i procedimenti di gara il Direttore della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi. L'inevitabile accentramento di poteri e responsabilità imporrebbe la necessità quantomeno di delegare le funzioni di R.U.P. anche ad altri Dirigenti dell'A.O.U. o, in carenza, a funzionari dotati di adeguati requisiti e formazione. - Formazione, mediante le UU.OO.CC competenti, dei professionisti coinvolti.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Le procedure di affidamento di servizi e forniture rappresentano un'area esposta, senz'altro, ad un elevato rischio di corruzione. Tale rischio è, poi, amplificato dal contesto territoriale in cui si colloca l'Azienda e dalle dimensioni della stessa. Il rischio riguarda maggiormente le attività svolte monocraticamente dal RUP e caratterizzate da un alto tasso di discrezionalità: si pensi, tra l'altro, alle competenze dello stesso in ordine alla: - predisposizione degli atti preliminari di gara (nell'ambito dei quali sono ad es. individuati i criteri per l'assegnazione dei punteggi alle offerte tecniche); - individuazione dei requisiti tecnico- economici per la partecipazione alla gara; - verifica delle offerte sospette di anomalia. Vi è, altresì, il rischio che gli atti preliminari di gara predisposti dal RUP diano spazio ad intese collusive tra i concorrenti (ad es con un abuso dell'istituto del subappalto) o ad un utilizzo distorto dell'istituto delle varianti.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure adottate e/o in corso di adozione a cura della Direzione Strategica.

Macro processo 2: Attività, funzioni e responsabilità del D.E.C.

Descrizione del processo: *Attività svolte dal direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) nell'ambito delle procedure di evidenza pubblica sopra e sotto soglia di rilievo comunitario per l'affidamento – con oneri a carico dell'A.O.U. e di importo superiore alla soglia economale – di servizi e forniture. - Attività svolte dal direttore dell'esecuzione del contratto*

(DEC) nell'ambito delle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di concessioni di servizi.

Si ricorda che il DEC è nominato, di norma, con disposizione del Direttore Generale, nell'ambito delle procedure per l'acquisizione di servizi e forniture per le quali tale figura non coincida con quella del RUP. Il DEC viene, di norma, individuato tra il personale Aziendale per l'affidamento, tra l'altro, di alcuni appalti di particolare rilievo, tra cui: servizio di pulizia, servizio di vigilanza.

Responsabilità del processo: D.E.C. Identificazione delle aree di rischio:

Individuazione, a cura della Direzione aziendale e/o mediante le UU.OO.CC competenti, dei criteri per la rotazione degli incarichi di DEC mediante adozione di appositi Regolamenti. Allo stato la figura del DEC viene individuata dalla Direzione Generale su proposta del RUP. Individuazione di nuove modalità per la rilevazione di eventuali incompatibilità, in modo da verificare - anche con controllo a campione - l'assenza di rapporti di parentela o affinità tra il DEC o il dirigente e gli imprenditori che operano nel mercato di riferimento (o, in caso di società, i soci e coloro che rivestono cariche sociali).

Possibili cause e/o fattori di rischio: La fase di esecuzione dei contratti di affidamento di lavori, servizi e forniture rappresenta un'area esposta, senz'altro, ad un elevato rischio di corruzione. Le attività maggiormente esposte a tale rischio sono quelle svolte monocraticamente dal DEC. Si ricorda, inoltre, che proprio nella fase di esecuzione dei contratti vi è il rischio di infiltrazioni della criminalità organizzata nelle commesse pubbliche.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure adottate e/o in corso di adozione a cura della Direzione Strategica.

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Macro processo 1: Reclutamento del Personale.

Descrizione del processo: 1) *Concorsi e prove selettive per l'assunzione a tempo indeterminato ovvero determinato di nuovo personale a totale carico dell'A.O.U.* 2) *Avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato* 3) *Mobilità* 4) *Utilizzi graduatorie altri Enti.*

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Valutazione dei candidati e dei requisiti posseduti

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Il rischio attiene alla possibilità che siano effettuati favoritismi nella valutazione.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) *Misura adottata: Rispetto della normativa vigente in materia di concorsi, selezioni e mobilità, particolarmente stringente nel settore della Sanità.*

Macro processo 2: Gestione giuridica del Personale.

Descrizione del processo:

1) *Rilascio delle autorizzazioni per il conferimento al personale tecnico amministrativo e dirigenziale dell'Azienda di incarichi extra istituzionali, ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo 165/2001 e s.m.*

2) *Gestione rilevazione e controllo presenze del personale dipendente (orario di servizio, permessi, aspettative, ferie, straordinario, turni, reperibilità, ecc ...)*

3) *Procedimenti disciplinari a carico del personale dell'A.O.U. Federico II.*

4) *Procedimenti disciplinari a carico del personale universitario assegnato all'Azienda. Nel Regolamento emanato dall'Università degli Studi di Napoli Federico II (DR/2019/12 del 07/01/2019, che ha modificato il DR/2791 del 27/07/2017) gli artt. 3, 7 e 15 individuano i casi in cui il Direttore Generale dell'AOU è tenuto alla segnalazione di illeciti. Il procedimento, sulla base della segnalazione dell'AOU, è espletato dall'Università*

Responsabilità del processo: 1) Direttore U.O.C. in collaborazione del Responsabile I.O. Gestione Giuridica del Personale–Procedimenti Disciplinari; 2) Direttore U.O.C.; 3) e 4) Direttore UOC in collaborazione con il Responsabile I.O. Gestione Giuridica del Personale–Procedimenti Disciplinari.

Identificazione delle aree di rischio: 1) Verifica dell'autorizzazione a seguito di comunicazione di compensi erogati; 2) Inserimento giustificativi giornalieri e orari; 3) e 4) Fase istruttoria di verifica dei presupposti di fatto e di diritto e rispetto dei termini decadenziali.

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Il rischio attiene alla possibilità di omissioni di comunicazioni e/o di richieste di autorizzazione di svolgimento di attività extraistituzionali presso altre PP.AA. e/o Enti privati; 2) Il rischio è legato alla possibilità, da parte degli operatori abilitati nelle singole strutture, di utilizzo improprio dell'accesso alla procedura gestionale presenze/assenze dell'Azienda (IRISWIN) per favoritismi (es. inserimento di un codice giustificativo di assenza non autorizzato dal Direttore del D.A.I. o dell'UOC Amm.va o Tecnica; 3) Il rischio è legato a favoritismi consistenti nel mancato rispetto dei termini procedurali per la segnalazione degli illeciti disciplinari, al fine di consentire al dipendente destinatario della sanzione disciplinare, di ottenere l'annullamento della stessa in sede giudiziale. Ulteriore favoritismo si potrebbe determinare nell' ipotesi di una proposta di archiviazione o di sanzione non supportata da adeguata istruttoria; 4) Il rischio è legato a favoritismi consistenti nel mancato rispetto dei termini procedurali per la segnalazione degli illeciti disciplinari ai competenti uffici universitari, al fine di consentire al dipendente di contestare la regolarità del procedimento.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) Misure adottate: Criterio cronologico nell'esame delle istanze di richiesta di incarichi extraistituzionali. Tale criterio soddisfa i principi fondamentali di imparzialità della P.A. e di parità di trattamento dei cittadini; controllo interno sulla corretta applicazione dei presupposti di legge e regolamentari richiesti ai fini del rilascio dell'autorizzazione. In particolare, verifica della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con l'attività istituzionale resa dal Responsabile della struttura di afferenza del dipendente richiedente adozione del Regolamento allegato alla Deliberazione n. 944 del 29/12/2017. E' in programma l'aggiornamento del Regolamento in parola. 2) Misura adottata: Controllo interno a campione tra i dati inseriti nelle procedure gestionali dell'Azienda e la documentazione cartacea trasmessa dalle singole Strutture. 3) Misura adottata: Controllo interno da parte degli organi sovraordinati: - sulla corretta applicazione delle procedure indicate nei Regolamenti disciplinari (Dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa; comparto) adottati con Deliberazione n. 945 del 29/12/2017: - sul rispetto dei termini perentori che caratterizzano detto procedimento; - sull'istruttoria posta in essere dall'ufficio disciplinare; - sull'analisi delle motivazioni che hanno indotto l'ufficio stesso a proporre o l'applicazione dell'irrogazione di una sanzione ovvero l'archiviazione del procedimento. Misura da adottare: Aggiornamento dei citati

Regolamenti con la previsione del passaggio da organismo monocratico a organismo collegiale dell'UPD. 4) Misura adottata: Controllo interno: - sul rispetto dei termini perentori per la segnalazione, al Direttore Generale dell'Università, di illeciti disciplinari; - sull'istruttoria posta in essere dall'ufficio disciplinare dell'Azienda, al fine di individuare la sussistenza o meno dell'illecito disciplinare oggetto di eventuale segnalazione.

Macro processo 3: Gestione economica del Personale.

Descrizione del processo:

- 1) *Progressioni economiche all'interno della categoria di appartenenza ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali nazionali;*
- 2) *Provvedimenti per riscatto e/o ricongiunzione di servizi, per concessione prestiti, relativi al personale aziendale;*
- 3) *Provvedimenti di determinazione del trattamento fondamentale, adozione di atti di carriera, trattamento pensionistico per il personale a totale carico dell'Azienda;*
- 4) *Provvedimenti di liquidazione delle indennità ospedaliere ai sensi del DPR761/79 ex art.31 al personale universitario tecnico amministrativo con funzioni assistenziali riconducibili a profili ospedalieri.;*
- 5) *Provvedimenti di liquidazione delle indennità ospedaliere ai sensi della L.517/99 al personale docente e ricercatore, con funzioni di Dirigente Medico o Sanitario, anche in relazione alla posizione organizzativa rivestita (Direttore di DAI, di UOC, di UOS ecc.).*

Responsabilità del processo: 1) Responsabile I.O. Relazioni sindacali; 2), 3), 4) e 5) Direttore dell'U.O.C. in collaborazione con il Responsabile I.O. Relazioni Sindacali e con Enti Esterni.

Identificazione delle aree di rischio: 1) Fase di verifica rispetto termini e requisiti; 2), 3), 4) e 5) Fase di verifica dei presupposti.

Possibili cause e/o fattori di rischio

- 1) Trattandosi di prove riservate al personale interno dell'Azienda, il rischio attiene alla possibilità che siano effettuati favoritismi quali inserimento di titoli ulteriori oltre la scadenza di presentazione della domanda o valutazione di titoli non pertinenti ai fini della progressione in parola.
- 2) 3), 4) e 5) Il rischio è legato ad un utilizzo improprio dell'accesso ai programmi gestionali dell'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) Misura adottata: utilizzo della procedura informatica di protocollazione, custodia e vigilanza della documentazione allegata dai candidati alla domanda di partecipazione, nonché corretta valutazione, da parte della Commissione, dei soli titoli pertinenti. 2), 3), 4) e 5) Misura adottata: Controllo interno a campione per verificare che non sussistano situazioni di conflitto di interesse anche potenziale né rapporti di parentela con il soggetto beneficiario; verifica del rispetto delle norme di legge e dei tempi procedurali.

U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi informativi e ICT

Macro processo 1: Fasi delle procedure di approvvigionamento.

Descrizione del processo:

- 1) *Programmazione e qualificazione dei fabbisogni di beni e servizi relativi alla U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.*

2) *Progettazione delle procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.*

3) *Selezione del contraente per l'aggiudicazione delle gare di forniture di beni e servizi relativi alla UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.*

4) *Verifica dell'aggiudicazione e stipula dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.*

5) *Esecuzione dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.*

6) *Esecuzione dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.*

Responsabilità del processo: 1) Direzione Strategica, RUP, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi; 2) RUP, U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi, U.O.C. Farmacia Centralizzata; 3) RUP, commissioni di gara, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi, UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.; 4) RUP, commissioni di gara, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi, U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.; 5) DEC, RUP, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi, U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT; 6) RUP, collaudatore, DEC, U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT, U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi.

Identificazione delle aree di rischio:

1) a) Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti delle strutture richiedenti;

b) Programmazione annuale per acquisti di servizi e forniture.

c) Per servizi e forniture standardizzabili, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro/convenzioni;

d) Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del RUP alla UOC deputata a programmare le procedure di gare;

e) utilizzo di avvisi di preinformazione;

f) adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del Responsabile Piano Corruzione;

g) formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare la massima trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento.

2) a) Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RUP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso;

b) consultazioni collettive e incrociate di più operatori economici ed adeguata registrazione/verbalizzazione delle stesse;

c) obbligo di motivazione nella delibera/determina a contrarre sia della scelta della procedura che della scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale;

- d) predisporre schemi/standard per i bandi ed i capitolati secondo quelli tipo redatti dall'ANAC nel rispetto della normativa anticorruzione;
- e) criteri stringenti per la determinazione del valore stimato del contratto;
- f) adozione di direttive che limitino il ricorso al criterio di aggiudicazione dell'OEPV in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati o caratterizzati da elevata ripetitività;
- g) sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- h) obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta;
- i) misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RUP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- l) consultazioni preliminari di mercato per la redazione di specifiche tecniche.

Nello specifico, per le procedure sotto soglia comunitaria, per le procedure negoziate, per gli affidamenti diretti, per gli affidamenti in economia:

- a bis) Utilizzo di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare;
- b) previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi/albi So.Re.Sa (SIAPS);
- c) verifica puntuale da parte dell'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi, con il supporto della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT, di accorpate le procedure di acquisizione di forniture e di affidamenti di servizi omogenei.

- 3) a) Accessibilità on line alla documentazione di gara o predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari;
- b) direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- c) tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità e scelta degli stessi mediante estrazione a sorte in una rosa di candidati;
- d) misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- e) nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate";
- f) acquisizione della specifica dichiarazione, sottoscritta dal RUP e da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata;
- g) pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti della commissione di gara;
- h) pubblicazione preventiva online del calendario delle sedute di gara;

i) pubblicazione su sito internet aziendale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.

4) a) Direttive interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del Direttore dell'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi e della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT, coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione (al fine di evitare possibili alterazioni o omissione dei controlli e delle verifiche volte a favorire un aggiudicatario privo dei requisiti);

b) introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione (per consentire eventuali ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari);

c) acquisizione della specifica dichiarazione, da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata.

5) a) Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPC, al RUP e all'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi (per le procedure di competenza) al fine di adottare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma;

b) controllo sull'applicazione delle penali in caso di ritardo;

c) obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;

d) dare tempestiva comunicazione al RPC e al RUP dell'osservanza degli adempimenti in materia di subappalto.

6) a) Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo;

b) predisposizione di sistemi di controllo incrociati, all'interno dell'azienda, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione;

c) pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito dell'A.O.U.;

d) effettuazione di un report periodico (ad esempio annuale), da parte dell'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi e della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT (per le procedure di gara di competenza), al fine di rendicontare all'ufficio di controllo di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggior rilievo in modo che sia facilmente intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito.

Possibili cause e/o fattori di rischio:

1) Gli eventi rischiosi possono consistere nella definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza, efficacia, economicità o nell'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i portatori di interessi (ad es. operatori economici) di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive. La mancata approvazione degli strumenti di programmazione o il non rispetto della programmazione stessa, può comportare inoltre l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali.

2) Processi a rischio: effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche; nomina del responsabile unico del procedimento;

individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; individuazione degli elementi essenziali del contratto; determinazione dell'importo del contratto; scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione alla procedura negoziata/cottimo fiduciario; predisposizione degli atti e documenti di gara; definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio.

Tra gli eventi a rischio i principali sono: nomina del RUP in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurarne l'indipendenza e la terzietà; fuga di notizie circa le procedure di gara non ancora pubblicate, che anticipino solo a determinati operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara; elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore; prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti; definizione dei requisiti di accesso alla gara ed in particolare dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un operatore economico; formulazione dei criteri di valutazione ed attribuzione dei punteggi (sia tecnici che economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, attraverso asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.

3) Processi a rischio:

- a) Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte al fine di garantire la più ampia partecipazione degli operatori economici;
- b) trattamento e custodia della documentazione di gara;
- c) nomina della commissione di gara;
- d) verifica dei requisiti di partecipazione;
- e) valutazione delle offerte e la verifica delle anomalie delle offerte;
- f) aggiudicazione provvisoria;
- g) gestione di elenchi o albi di operatori economici

4) Processi a rischio: verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto; le esclusioni e le aggiudicazioni; la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva; la stipula del contratto.

5) Processi a rischio: approvazione delle modifiche del contratto originario; autorizzazioni al subappalto; ammissione delle varianti; verifiche in corso di esecuzione; verifiche delle disposizioni contenute in particolare nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI); gestione delle controversie; effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione.

6) Eventi rischiosi/fenomeni corruttivi: alterazioni o omissioni di attività di controllo (per la verifica della conformità e della regolare esecuzione del contratto) sia attraverso l'effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari; scostamenti, in termini di costi e di tempi di esecuzione, dei contratti conclusi rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) Misure adottate dalla UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT:

- a), b), c), e), f) g) misure adottate. Misure da adottare da parte degli altri Servizi /strutture coinvolti: d)

2) a) b) d) e) g) i) l): misure adottate per le procedure di gara gestite dalla U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT a bis) sono state organizzate procedure centralizzate di gara per forniture e servizi omogenei (es. strumentario chirurgico, etc.) nonché con disposizione n. 510 del 11.11.2019 è stato nominato il Direttore della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT, referente aziendale di supporto all'U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi per l'approvvigionamento centralizzato di dispositivi medici, dispositivi diagnostici in vitro ed apparecchiature biomediche ai fini di una correttezza qualificazione ed aggregazione dei fabbisogni.

3) d) e) f) misure adottate da parte della U.O.C. Gestione Acquisizione Beni e Servizi e UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.

Tutte le restanti misure risultano non ancora adottate, l'implementazione procedurale non è a carico della UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.

4) a) Misura adottata da parte della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT; b) Risulta non ancora adottata, l'implementazione procedurale non è a carico della UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT; c) Da adottare.

5) Misure adottate. d) da adottare

6) Tutte le misure risultano non ancora adottate, l'implementazione procedurale non è a carico della U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.

U.O.C. GOVERNO CLINICO

Macro processo 1: ALPI. Descrizione del processo: 1) autorizzazione allo svolgimento 2) Monitoraggio attività erogata in regime ALPI.

Responsabilità del processo: UFFICIO ALPI, COMMISSIONE PARITETICA, REFERENTE ALPI/LISTE D'ATTESA.

Identificazione delle aree di rischio: 1) False dichiarazioni ai fini del rilascio. 2) Inadeguata ricognizione degli spazi del patrimonio immobiliare. 3) Inadeguata verifica dell'attività svolta in I.M. allargata. 4) Inadeguata negoziazione dei volumi di attività vs obiettivi istituzionali. 5) Violazione dei limiti dei volumi negoziati. 6) Svolgimento in attività di servizio. 7) Mancata informazione al cittadino circa i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni regime ALPI. 8) Mancata informazione al cittadino circa le tariffe per l'accesso alle prestazioni in regime ALPI. 9) Inadeguato controllo sui volumi di attività SSN e intramoenia. 10) Inadeguato controllo sui tempi di attesa di attività istituzionale e intramoenia.

Possibili misure di prevenzione del rischio:

1) Preventiva verifica della sussistenza dei requisiti. 2) e 3) Ricognizione spazi. 4) Negoziazione annuale. 5) Controllo periodico volumi erogati. 6) Monitoraggio mediante il sistema di rilevazione delle presenze istituzionali 7) Pubblicazione tempi su sito web per prestazioni traccianti. 8) Pubblicazione delle tariffe sul sito web istituzionali per le prestazioni in regime di ricovero e di specialistica ambulatoriale 9) e 10) Report periodici a cura del Referente ALPI ed adempimento ai flussi informativi di monitoraggio tempi di attesa e volumi AGENAS.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) Misura già adottata. 2) e 3) già adottate. 4), 5) e 6) Misura già adottata. 7) e 8) Misura già adottata per le prestazioni ambulatoriali ed in itinere per le prestazioni di ricovero. 9) e 10) Misura già adottata.

Macro processo 2: ISTITUZIONALE RICOVERI. Descrizione del processo: 1) prenotazione ricovero. 2) scorrimento della lista di ricovero. 3) corretta tenuta delle liste di attesa (informatizzazione, pulizia).

Responsabilità del processo: 1), 2) e 3) DIREZIONE SANITARIA, REFERENTE ALPI/LISTE D'ATTESA.

Identificazione delle aree di rischio:

1) Attribuzione di classi di priorità opportunistiche da parte dello specialista ospedaliero che procede all'inserimento in lista d'attesa. 2) Convocazione ritardata o anticipata rispetto alla classe di priorità per motivazioni non correlate al giudizio prognostico né a fattori organizzativi. 3) Presenza in lista di prenotazioni disdette o già esaudite.

Possibili misure di prevenzione del rischio: 1) Elaborazione di linee di indirizzo aziendali e relativo monitoraggio. 2) e 3) Monitoraggio e controllo.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) In itinere 2) e 3) Misura già adottata.

Macro processo 3: ISTITUZIONALE AMBULATORI. Descrizione del processo: 1) informazioni al cittadino. 2) prenotazione ambulatoriale.

Responsabilità del processo: 1) e 2) DIREZIONE SANITARIA, REFERENTE ALPI/LISTE D'ATTESA.

Identificazione delle aree di rischio: 1) Mancata informazione al cittadino circa i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni in regime istituzionale. 2) Presenza di liste separate e inadeguato controllo sulla prenotazione.

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Pubblicazione tempi sul sito web per prestazioni traccianti. 2) Realizzazione e informatizzazione sul sistema CUP regionale delle agende ambulatoriali attive e relative liste di attesa, a cura della direzione sanitaria e del Referente Aziendale ALPI e liste di attesa.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) e 2) Misura già adottata.

AFFARI LEGALI

Macro processo 1: ISTANZE DI RICHIESTA PAGAMENTI E RISARCIMENTO DANNI.

Descrizione del processo: Le istanze di risarcimento danni devono essere istruite e trasmesse alle Compagnie entro i termini fissati dalle polizze. Gli atti di messa in mora devono essere istruite entro i termini fissati.

Responsabilità del processo: Protocollo -Responsabile I.O.-Coordinatore di Staff

Identificazione delle aree di rischio: Mancato rispetto dei termini previsti per le attività conseguenti.

Possibili cause e/o fattori di rischio: L'istanza non viene protocollata.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Protocollo informatizzato- Misura già adottata.

Macro processo 2: ATTI GIUDIZIARI. *Descrizione del processo:* Deve essere predisposto l'incarico difensivo dopo l'istruttoria.

Responsabilità del processo: Protocollo -Responsabile I.O.-Coordinatore di Staff.

Identificazione delle aree di rischio: Mancato rispetto dei termini previsti per la costituzione.

Possibili cause e/o fattori di rischio: L'atto non viene protocollato.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Protocollo informatizzato-scadenario udienza- Misura già adottata.

Macro processo 3: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE.

Descrizione del processo: Il Legale di libero foro viene designato dal Direttore Generale, nelle sole ipotesi in cui non si ricorre alla difesa erariale.

Responsabilità del processo: Protocollo -Responsabile I.O.-Coordinatore di Staff.

Identificazione delle aree di rischio: Designazione dei legali di libero foro.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Mancata rotazione.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Short list. Misura già adottata.

Macro processo 4: TRANSAZIONI.

Descrizione del processo: Le richieste pervengono tramite protocollo informatizzato.

Responsabilità del processo: Protocollo-Responsabile I.O.-Coordinatore di Staff. Mancato rispetto dell'ordine di presentazione.

Identificazione delle aree di rischio: Mancato rispetto dei termini previsti.

Possibili cause e/o fattori di rischio: La richiesta non viene protocollata.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Protocollo informatizzato. Misura già adottata.

U.O.C. Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico

Macro processo: Contratti pubblici. *Descrizione del processo:*

1) Atti di liquidazione delle fatture – Nulla osta al pagamento.

2) Adempimenti ANAC

3) Adempimenti trasparenza

4) Predisposizione di capitolati tecnici – Rilevazione bisogni per lo sviluppo dei capitolati

5) Predisposizione atti di gara per conferimento incarichi tecnici: attività di progettazione, attività di direzione lavori, attività coordinamento della sicurezza, attività di collaudo

6) Verifica requisiti di aggiudicazione in capo al soggetto primo in graduatoria in ossequio al D.Lgs. n°50/2016

7) Verifica dell'anomalia dell'offerta ad opera del RUP/Commissione di gara ovvero commissione ad hoc

8) Definizione dell'oggetto dell'affidamento e delle procedure: procedura aperta, ristretta, negoziata e affidamenti diretti

9) Valutazione delle offerte ad opera della commissione di gara

10) Procedura negoziata, predisposizione atti di gara ai sensi del D.Lgs n°50/2016, acquisizioni tramite Mercato Elettronico Pubbliche Amministrazioni (MEPA)

11) Affidamento diretto su valutazione motivata del RUP (Determina Dirigenziale)

12) Revoca del bando su relazione motivata del RUP

13) Modifiche in fase di esecuzione del contratto su relazione della DD.LL. ovvero del D.E.C. e del R.U.P

14) *Subappalto, provvedimenti di autorizzazione*

15) *Risoluzione controversie alternative a quelle giurisdizionali: accordo bonario, transazione*

16) *Elaborazione contabilità lavori, verifica regolarità contributiva, emissione certificato di pagamento.*

Responsabilità del processo: 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 12), 13), 15) Direttore U.O.C.; 11), 14) e 16) RUP/Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: 1) Rendicontazione del contratto; 2) a) Gestione forniture, servizi e lavori appaltati-b) Affidamenti forniture, servizi e lavori; 3) Affidamenti forniture, servizi e lavori; 4) e 5) Progettazione; 6) Verifica aggiudicazione; 7) Selezione del contraente; 8) Progettazione; 9) Selezione del contraente; 10), 11) e 12) Progettazione; 13 e 14) Esecuzione del contratto; 15) e 16) Rendicontazione del contratto.

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Ritardo artificioso nella predisposizione dell'atto di liquidazione (rischio-medio); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo; 2) a) Alterazione dei dati inviati (rischio-basso); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo -b) Alterazione dei dati inviati (rischio-basso); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo; 3) Alterazione dei dati pubblicati su profilo committente (rischio-basso); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo; 4) Creazione artificiosa dei bisogni, predisposizione artificiosa di capitolati volti ad orientare le scelte di operatori economici (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 5) Definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire un professionista e/o una società di progettazione, utilizzo procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un professionista e/o una società di progettazione (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 6) Alterazione delle certificazioni in merito al possesso dei requisiti (rischio-basso); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 7) Discrezionalità della valutazione delle offerte, nelle modalità e nei tempi della prestazione (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 8) Definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire un'impresa, uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a favorire un'impresa, utilizzo improprio della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al fine di favorire un'impresa (rischio-medio); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo; 9) Discrezionalità nella valutazione delle offerte nelle aggiudicazioni col criterio dell'Offerta Economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 10) Definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire un'impresa, uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a favorire un'impresa, uso della procedura al di fuori dei casi previsti dalla legge (rischio-medio); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo; 11) Abuso della procedura al di fuori dei casi previsti dalla legge (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 12) Abuso del provvedimento di revoca al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 13) Abuso delle modifiche/varianti in corso di esecuzione del contratto onde consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso prodotto in gara ovvero di conseguire guadagni extra (rischio-medio); attento controllo da parte dei

tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 14) Arbitrarietà nell'autorizzazione al subappalto in deroga a disposizioni normative e/o alle previsioni degli atti di gara (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 15) Previsioni di disposizioni eccessivamente favorevoli all'impresa in cambio di utilità (rischio-alto); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 16) Falsificazione documenti (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 15) e 16) Misure già adottate e in uso.

Macro processo 2: Contratti pubblici. **Descrizione del processo:** *Atti di liquidazione delle fatture – Nulla osta al pagamento.*

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Rendicontazione del contratto.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Ritardo artificioso nella predisposizione dell'atto di liquidazione (rischio-medio); ripartizione di competenze nelle diverse fasi del processo

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate e in uso.

U.O.C. di Prevenzione e Protezione nei luoghi di lavoro.

Macro processo 1: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario.

Descrizione del processo: *Gestione sinistri infortuni sul lavoro con garanzia assicurativa – Fase di definizione con la compagnia assicurativa.*

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Accordi collusivi tra i soggetti coinvolti nell'istruttoria, corruzione e concussione (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress.

Macro processo 2: Acquisizione, gestione e progressione del personale, incarichi e nomine.

Descrizione del processo *Procedure selettive e concorsuali, attività di informazione e formazione sulla sicurezza nei luoghi di Lavoro.*

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Reclutamento

Possibili cause e/o fattori di rischio: Selezione mirata dei docenti (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress.

Macro processo 3: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario

Descrizione del processo *Conferimento incarichi docenze interne ed esterne nei corsi di formazione in materia di sicurezza nei luoghi di Lavoro.*

Responsabilità del processo: Referente scientifico del corso.

Identificazione delle aree di rischio: Provvedimenti amministrativi Gestione del Personale

Possibili cause e/o fattori di rischio: Selezione mirata dei docenti (rischio-basso); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress.

Macro processo 4: Contratti pubblici - Dispositivi di protezione collettiva e individuale

Descrizione del processo Programmazione acquisti di beni e servizi e trasmissione alla So.Re.Sa dei fabbisogni.

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Programmazione e controllo approvvigionamenti

Possibili cause e/o fattori di rischio: Arbitrarietà nella rappresentazione delle necessità (rischio-basso); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress

Macro processo 5: Contratti pubblici

Descrizione del processo Predisposizione dei capitolati tecnici – Rilevazione bisogni per lo sviluppo dei capitolati

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Progettazione

Possibili cause e/o fattori di rischio: Creazione artificiosa dei bisogni, predisposizione artificiosa di capitolati volti ad orientare le scelte di operatori economici (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C...

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress

Macro processo 6: Rischi sicurezza sul Lavoro

Descrizione del processo Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

Responsabilità del processo: Datore di Lavoro/Dirigenti/RSPP/Medici/ Competenti/ RLS/Preposti/Lavoratori

Identificazione delle aree di rischio: Ispezioni e Verifiche

Possibili cause e/o fattori di rischio: Mancanze o incompletezza di standardizzazione e codifica di procedure relative all'attività di vigilanza, controllo ed ispezione (rischio-medio); Perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, mediante l'utilizzo di modelli standard di verbali con check list e rotazione del personale ispettivo.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress.

U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA

Macro processo: GESTIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E DIAGNOSTICI

Descrizione del processo:

- 1) Definizione dei fabbisogni e stesura dei capitolati tecnici di gara
- 2) Logistica
- 3) Appropriately descrittiva
- 4) Appropriately d'uso

Responsabilità del processo: 1) Farmacisti Dirigenti; 2) Responsabile magazzino; 3) e 4) Dirigenti Farmacisti.

Identificazione delle aree di rischio:

- 1) programmazione
- 2.a) arrivo della merce, 2.b) stoccaggio
- 3) prescrizione del farmaco in ambito ospedaliero
- 4) utilizzo dei farmaci e dispositivi nei reparti

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Programmazione degli acquisti non corrispondenti ai reali fabbisogni; 2.a) difformità tra le quantità ordinate/consegnate/DDT; 2.b) conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di

ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (rischio collusione o favoreggiamento fornitore); 3) induzione ad utilizzare farmaci per favorire la scelta di ditte farmaceutiche; 4) incongruità delle richieste di farmaci e dispositivi rispetto alle reali necessità del reparto (rischio collusione o favoreggiamento fornitore).

Misure e interventi che possono favorire la prevenzione e/o il contrasto- Modalità di realizzazione degli stessi: 1) Condivisione dei fabbisogni con gli utilizzatori e verifica della congruità dei fabbisogni con le attività programmate da parte della Direzione Sanitaria; 2.a) verifica congruità colli rispetto alla bolla, congruità bolla rispetto all'ordine, controllo qualitativo della merce, convalida finale e nulla osta per il carico informatico del materiale; 2.b) verifica periodica da parte del Responsabile del magazzino, o suo delegato, delle corrette modalità di stoccaggio, conservazione e delle scadenze dei beni e verifica di tutte le cause dello scarto con autorizzazione specifica ad ogni movimento informatico di scarto; 3) informatizzazione del processo di richiesta del farmaco/dispositivo con richiesta motivata; 4) ispezione ai reparti-informatizzazione del processo di prescrizione e somministrazione del farmaco/dispositivo con individuazione del paziente mediante barcode.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) Misure in gran parte già in uso; 2) misure già adottate; 3) da implementare; 4) misure già adottata.

U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICO - FINANZIARIE

Macro processo 1: CONTABILITA' FORNITORI

Descrizione del processo

1) Gestione conclusiva dell'iter liquidativo delle fatture e di qualsiasi altro costo da imputare al bilancio dell'AOU;

2) Emissione dei titoli di pagamento previa verifica della documentazione di legge: DURC, verifiche art. 48 bis, tracciabilità dei flussi, ecc...;

3) Inoltro all'Istituto Tesoriere dei mandati di pagamento per la loro estinzione.

Responsabilità del processo: 1) e 2) Operatore incaricato e/o Funzionario Responsabile; 3) Funzionario Responsabile e Dirigente dell'U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: L'accesso alle singole procedure è supportato dal gestionale SIAC contabilità. A tale proposito ciascun operatore/funzionario abilitato all'accesso possiede un ventaglio di operazioni a cui accede previa autenticazione e nel rispetto della diversificazione delle attività (non tutti possono fare tutto).

Possibili cause e/o fattori di rischio: Trattasi di attività esposte per la loro natura ad elevato rischio di corruzione. Il rischio è legato alla possibilità di utilizzo improprio e all'accesso non autorizzato a programmi gestionali in uso presso l'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 2: CONTABILITA' STIPENDI PERSONALE DIPENDENTE E SPECIALISTI AMBULATORIALI, NONCHE' CO.CO.CO

Descrizione del processo:

1) Caricamento ed elaborazione compensi accessori al personale;

1) Verifica ed elaborazione delle indennità variabili ivi comprese indennità di fine rapporto di lavoro;

2) Elaborazione mensile e periodica degli adempimenti previdenziali e fiscali relativi ai compiti svolti;

4) *Elaborazione mensile, paghe od emissione dei titoli di pagamento a copertura;*

5) *Inoltro all'Istituto Tesoriere dei mandati di pagamento per la loro estinzione.*

Responsabilità del processo: 1) e 2) Operatore e/o Funzionario incaricato; 3) e 4) Funzionario Responsabile del procedimento; 5) Funzionario Responsabile e Dirigente dell'U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: L'accesso alle singole procedure è supportato dal gestionale SIAC della contabilità. A tale proposito ciascun operatore/funzionario abilitato all'accesso possiede un ventaglio di operazioni a cui accede previa autenticazione e nel rispetto della diversificazione delle attività (non tutti possono fare tutto).

Possibili cause e/o fattori di rischio: Trattasi di attività esposte per la loro natura ad elevato rischio di corruzione. Il rischio è legato alla possibilità di utilizzo improprio e all'accesso non autorizzato a programmi gestionali in uso presso l'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 3: COMPENSI ACCESSORI PERSONALE UNIVERSITARIO.

Descrizione del processo:

1) *Caricamento ed elaborazione mensile dei compensi accessori ed indennità variabile al personale universitario;*

3) *Elaborazione mensile e periodica degli adempimenti previdenziali e fiscali relativi ai compiti svolti;*

4) *Elaborazione mensile dei ruoli paga e verifica adempimenti art.48 bis;*

5) *Emissione dei titoli di pagamento a copertura delle spese elaborate.*

Responsabilità del processo: 1), 2) e 3) Operatore e/o Funzionario incaricato; 4) Funzionario Responsabile e Dirigente dell'U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: L'accesso alle singole procedure è supportato dal gestionale SIAC della contabilità. A tale proposito ciascun operatore/funzionario abilitato all'accesso possiede un ventaglio di operazioni a cui accede previa autenticazione e nel rispetto della diversificazione delle attività (non tutti possono fare tutto).

Possibili cause e/o fattori di rischio: Trattasi di attività esposte per la loro natura ad elevato rischio di corruzione. Il rischio è legato alla possibilità di utilizzo improprio e all'accesso non autorizzato a programmi gestionali in uso presso l'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 4: AREA CONTABILITA' ENTRATE.

Descrizione del processo:

1) *Gestione degli incassi di proventi; per prestazioni ambulatoriali riferibili a tariffe LEA, extraLea ed Alpi;*

2) *Controllo dei documenti di accredito sulle apposite procedure informatiche e su cui confluiscono ogni sorta di ricavo dell'AOU;*

3) *Emissione dei titoli di incasso successivamente alle verifiche effettuate con gli elaborati informatici del sistema Interbancario (pagamenti a mezzo pos) ovvero attraverso sistemi automatici di incasso (punti gialli) ovvero attraverso ogni sorta di pagamento tracciabile (carte di credito, assegni bancari, ecc);*

4) *Trasmissione all'Istituto Tesoriere dei titoli d'incasso.*

Responsabilità del processo: 1), 2) e 3) Operatore e/o Funzionario responsabile del procedimento; 4) Funzionario e Direttore dell'U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: L'accesso alle singole procedure è supportato dal gestionale SIAC della contabilità. A tale proposito ciascun operatore/funziionario abilitato all'accesso possiede un ventaglio di operazioni a cui accede previa autenticazione e nel rispetto della diversificazione delle attività (non tutti possono fare tutto).

Possibili cause e/o fattori di rischio: Trattasi di attività esposte per la loro natura ad elevato rischio di corruzione. Il rischio è legato alla possibilità di utilizzo improprio e all'accesso non autorizzato a programmi gestionali in uso presso l'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 5: GESTIONE FONDO CASSA.

Descrizione del processo:

- 1) Gestione degli incassi effettuati presso gli ambulatori e ALPI che non utilizzano modalità di pagamento elettroniche (pagamenti residuali);
- 2) Elaborazione e versamenti periodici sul conto di tesoreria;
- 3) Rendicontazione delle attività espletate;
- 4) Reintegro eventuale del fondo cassa annuale, con emissione titoli di pagamento per ricostituzione Fondo;
- 5) Trasmissione all'Istituto Tesoriere dei titoli d'incasso.

Responsabilità del processo: 1), Responsabile P.O. Cassa; 2) Responsabile P.O. Cassa e Direttore U.O.C.; 3) P.O. Cassa, 4) Funziionario Responsabile della P.O. Contabilità Generale; 5) Funziionario Responsabile e Dirigente dell'U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: L'accesso alle singole procedure è supportato dal gestionale SIAC della contabilità. A tale proposito ciascun operatore/funziionario abilitato all'accesso possiede un ventaglio di operazioni a cui accede previa autenticazione e nel rispetto della diversificazione delle attività (non tutti possono fare tutto).

Possibili cause e/o fattori di rischio: Trattasi di attività esposte per la loro natura ad elevato rischio di corruzione. Il rischio è legato alla possibilità di utilizzo improprio e all'accesso non autorizzato a programmi gestionali in uso presso l'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

U.O.C. Gestione Affari Generali

Macro processo 1: Prestazioni di servizi da/a soggetti terzi.

Descrizione del processo: Partecipazione ad accordi, convenzioni e/o protocolli d'intesa con enti pubblici e/o privati, nonché con altre forme associative di diritto privato, attivi e passivi per attività e/o servizi istituzionali, ivi compresi gli accordi che impegnano l'Azienda, aventi ad oggetto il personale.

Responsabilità del processo: U.O.C. Gestione Affari Generali-Responsabile del procedimento.

Identificazione delle aree di rischio: Iter procedurale per approvazione dell'accordo - esecuzione dell'accordo; pubblicizzazione e diffusione delle informazioni dello stesso.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Potenziali conflitti di interesse e condizionamenti da parte dei soggetti esterni; arbitraria individuazione del contraente-Utilizzo inappropriato delle risorse coinvolte, per fini diversi da quelli concordati - False dichiarazioni delle prestazioni effettuate in convenzione avente ad oggetto personale.

Misure: standardizzazione, ove possibile, di processi, sia mediante pubblicizzazione e diffusione di informazioni, sia mediante regolamentazione di procedure e di modalità di svolgimento di attività presso le strutture aziendali; controlli da parte dei dirigenti delle strutture coinvolte nell'esecuzione degli accordi.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate e in uso e in continua evoluzione.

Macro processo 2: Prestazione di servizi per attività di tirocinio e/o stage formativi.

Descrizione del processo: *Tirocini di formazione e orientamento, con preliminare sottoscrizione delle convenzioni con i soggetti proponenti.*

Responsabilità del processo: U.O.C. Gestione Affari Generali-Responsabile del procedimento.

Identificazione delle aree di rischio: Iter procedurale per la conclusione del percorso formativo- Informazione dei processi.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Mancata verifica del rispetto delle condizioni normative, della cronologia delle istanze, dell'iter procedurale e mancato monitoraggio dei tempi di durata.

Misure: utilizzo di strumenti di comunicazione con le strutture coinvolte; pubblicizzazione e diffusione di informazioni e di guide sulla corretta compilazione dei progetti formativi.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate, implementate e in continua evoluzione.

Macro processo 3: Regolamenti aziendali di competenza

Descrizione del processo: *Stesura di regolamenti concernenti l'organizzazione aziendale.*

Responsabilità del processo: U.O.C. Gestione Affari Generali-Responsabile del procedimento.

Identificazione delle aree di rischio: Iter di predisposizione di regolamenti aziendali e relazioni con le strutture coinvolte.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Potenziali conflitti di interesse presenti nell'organizzazione aziendale.

Misure: Utilizzo di strumenti di diffusione, che agiscano contemporaneamente sulla responsabilizzazione e sensibilizzazione (circolari, pagina web ecc...), dei regolamenti approvati e/o dei relativi aggiornamenti sopravvenuti.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate e in uso.

Macro processo 4: erogazioni liberali

Descrizione del processo: *Procedimento finalizzato all'accettazione delle erogazioni liberali.*

Responsabilità del processo: U.O.C. Gestione Affari Generali-Responsabile del procedimento.

Identificazione delle aree di rischio: *Iter procedurale per l'accettazione delle erogazioni liberali e relazioni con soggetti esterni e strutture competenti.*

Possibili cause e/o fattori di rischio: *Potenziali conflitti di interesse e condizionamenti da parte dei soggetti esterni; scarsa trasparenza nell'iter procedimentale.*

Misure: Adozione di apposita modulistica, per dichiarazioni da rendersi a cura dei soggetti esterni, reperibile sul sito aziendale; acquisizione di pareri dalle competenti strutture; adeguata pubblicità ai provvedimenti.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate e in uso

Macro processo 5: Liquidazione fatture.

Descrizione del processo: Procedimento finalizzato alla liquidazione delle fatture per fornitori di servizi.

Responsabilità del processo: U.O.C. Gestione Affari Generali-Responsabile del procedimento.

Identificazione delle aree di rischio: Iter procedurale di acquisizione e liquidazione fatture e relazioni con strutture competenti.

Misure: Utilizzo di procedure standardizzate nel rispetto dell'ordine temporale di arrivo delle fatture; ripartizione di competenze nelle diverse fasi del procedimento informatico di liquidazione.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Potenziali favoritismi nella fase liquidatoria delle fatture. Mancato rispetto dell'ordine temporale di arrivo delle fatture.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate e in uso.

I.O. Comunicazione, U.R.P. e Ufficio Stampa.

Macro processo 1: URP: 1-a) Gestione delle segnalazioni e dei reclami; 1-b) Gestione delle richieste informative

Macro processo 2: Ufficio stampa: 2.A) Relazione con i media; 2.B) Comunicazione di crisi; 2.C) Social media management

Descrizione del processo 1:

URP: 1-a) Gestione delle segnalazioni e dei reclami: ricezione delle segnalazioni e dei reclami; valutazione delle stesse; risoluzione con procedura immediata o istruttoria ove necessario; risposta all'utente.

URP: 1-b) Gestione delle richieste informative con approccio multicanale: ricezione e valutazione; risposta immediata o attivazione di percorsi di verifica; risposta all'utente.

Descrizione del processo 2:

2-a) Ufficio stampa: Relazione con i media; Rapporto di informazione con media locali e nazionali; Invio di comunicati stampa.

2-b) Comunicazione di crisi: Gestione della comunicazione di crisi con rete relazionale con la stampa; Invio di note e comunicati ed organizzazione conferenza stampa; Gestione della comunicazione attraverso i canali di comunicazione aziendali.

2.c) Social media management: Gestione dei rapporti con l'utenza attraverso i social media; Costante aggiornamento delle pagine social e presidio ed interazione con gli utenti.

Responsabilità del processo 1 e 2: Responsabile I.O. Comunicazione, URP e Ufficio Stampa.

Identificazione delle aree di rischio 1 e 2: L'assenza o la ridotta comunicazione è spesso causa di significativi problemi di carattere organizzativo. Sebbene sia difficile misurare l'impatto della comunicazione sugli esiti, in termini di outcome, facendo riferimento alla letteratura scientifica, è possibile affermare che gli esiti della comunicazione sono misurabili in tempi medio-lunghi, attraverso la continuità delle azioni e la loro coerenza identitaria. Per garantire, quindi, l'**accessibilità**, la **partecipazione** e la **tutela** dei cittadini, l'Azienda ha confermato la costituzione di un'area unificata dedicata a comunicazione, informazione e servizi alla cittadinanza e riorganizzato la gestione delle segnalazioni e dei reclami,

valorizzando nelle proprie scelte gestionali ed organizzative la comunicazione digitale ed il monitoraggio dei processi.

Possibili cause e/o fattori di rischio 1 e 2: Nel rapporto con l'utenza, numerosi sono gli aspetti che possono indurre a difformità di attese e aspettative, legate al fatto che la moltitudine di attori sociali che caratterizzano il sistema salute sono naturalmente esposti a problematiche di comunicazione, legate al differente know-how, agli esiti dei percorsi assistenziali, alle problematiche connesse alla risoluzione del discomfort degli utenti. In particolare, il processo di gestione delle relazioni con l'utenza deve essere ispirato ai criteri di trasparenza e chiarezza, mantenendo elevati standard di professionalità e rispetto della centralità della persona e dei diritti dei cittadini, svolgendo ruolo di facilitazione, chiarimento e supporto, contribuendo progressivamente all'empowerment dei cittadini nella ricerca e selezione delle informazioni.

Proprio per rendere sempre più chiaro e trasparente il processo, con Deliberazione n.14 dell'11/01/2023 è stato approvato il Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela che stabilisce (art.7) che l'U.R.P., per l'espletamento dell'attività istruttoria, richiede una relazione al Direttore dell'U.O.C. coinvolta nella segnalazione, inviando la documentazione del reclamo anche per conoscenza al Direttore Sanitario dell'Azienda e al Direttore del D.A.I a cui afferisce l'U.O.C. interessata. La relazione, firmata dal Direttore della U.O.C., va inviata all'U.R.P., per conoscenza al Direttore Sanitario e al Direttore del D.A.I, e rivolta ed indirizzata al reclamante, entro 15 (quindici) giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta. La relazione, che deve risultare idonea a fornire tutte le informazioni relative al reclamo pervenuto e contenere le conclusioni cui si è giunti, viene sottoposta all'attenzione del Direttore Generale che, con nota di accompagnamento a Sua firma, la invia al reclamante attraverso PEC dell'Ufficio Protocollo della Direzione Generale. Inoltre, sempre per garantire trasparenza, efficacia e tempestività dei processi sono state rese disponibili diverse modalità di accesso all'U.R.P. da parte dell'utenza favorendo modalità di interazione digitale. Come precisato all'art.4 del succitato Regolamento, infatti, gli utenti possono presentare segnalazioni/reclami attraverso comunicazione scritta secondo le seguenti modalità:

- a) sezione U.R.P. del portale aziendale (www.policlinico.unina.it/URP). Attraverso l'applicativo gestionale in uso gli utenti possono effettuare segnalazioni/rilievi, reclami, elogi/encomi o indicare suggerimenti/proposte seguendo la procedura online;
- b) app Federico 2.0, scaricabile gratuitamente per Android e IOS, attualmente in fase di test, disponibile per gli utenti da Dicembre 2022;
- c) e-mail all'indirizzo: areacomunicazione.aou@unina.it;
- d) pec all'indirizzo: urp.aou@pec.it;
- e) modulo cartaceo disponibile presso l'U.R.P. Tale procedura è da considerarsi in sostituzione di quella digitale in caso di eventuali temporanei disservizi di rete e come processo di accompagnamento alla digitalizzazione del processo;
- f) lettera in carta semplice indirizzata alla I.O. Comunicazione, U.R.P. e Ufficio Stampa Via Pansini, 5 – Edificio 12/D.

È possibile contattare l'U.R.P. anche telefonicamente al numero 081 7462674, dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00, oppure recarsi presso l'ufficio (edificio 12/D) nei medesimi orari.

Trimestralmente l'U.R.P. si occupa di predisporre una relazione di monitoraggio delle segnalazioni e dei reclami.

Per la parte connessa all'ufficio stampa, alla comunicazione e alla relazione con i media, la sempre migliore organizzazione della rete relazionale e del portafoglio contatti rende più agevole la gestione della comunicazione di crisi e aumenta la possibilità di far conoscere eccellenze e servizi dell'Azienda.

Tempi di realizzazione delle misure individuate 1 e 2: Per facilitare, migliorare, ottimizzare e governare con maggiore consapevolezza e garanzia per gli utenti i processi di comunicazione e relazione con i cittadini, nell'anno 2022 è stato adottato un sistema gestionale per le segnalazioni e reclami. Nell'anno in corso 2023 sono in programma le seguenti attività: attivazione di processi di automazione e digitalizzazione per le domande più frequenti (chatbot in fase di test) che consentirà, almeno per gli internet users più consapevoli, di alleggerire il flusso di richieste informative in ingresso; ottimizzazione dei flussi informativi dell'applicativo gestionale Talete Web favorendo l'interfaccia con il Protocollo informatico, in modo da ridurre la gestione documentale e migliorare i tempi; redazione di un breve vademecum per i Direttori di U.O.C./Responsabili al fine di migliorare la conformità delle risposte ed ottimizzare i tempi; ideazione e realizzazione di una campagna di comunicazione per migliorare la conoscenza da parte degli utenti dei servizi offerti dall'URP e dei canali di comunicazione disponibili, favorendo in particolare l'utilizzo dell'applicativo gestionale Talete Web.

Per la relazione con i media, sono state implementate collaborazioni utili al monitoraggio costante della rassegna stampa e per offrire occasioni di visibilità mediatica a professionisti e processi dall'Azienda per agevolare una comunicazione chiara e diretta con i cittadini. I due ambiti, relazioni con il pubblico e ufficio stampa sono, come si evince, profondamente legati dall'obiettivo comune di una relazione trasparente con il cittadino.

I.O. LOGISTICA, MOBILITA' INTERNA (SMISTAMENTO POSTALE) E TRASPORTO UTENTI

Macro processo 1: Procedimenti di accesso ai documenti amministrativi

Descrizione del processo: *Tale procedimento è disciplinato dalla L. n. 241/1990 e s.m.i. e dal Regolamento dell'Azienda in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti*

Responsabilità del processo: I.O. Logistica, Mobilità Interna (Smistamento Postale) e Trasporto Utenti

Identificazione delle aree di rischio: Il rischio attiene alla possibilità che l'istruttoria, pur nel rispetto del termine ex legge di 30 gg. sia effettuata senza tener conto dell'ordine di presentazione delle istanze.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Criterio cronologico nell'esame delle istanze di accesso e nella richiesta degli atti alle strutture che li detengono. Tale criterio soddisfa i principi fondamentali di imparzialità della P.A. e di parità di trattamento dei cittadini. - Introduzione di strumenti per il monitoraggio sul rispetto di tale criterio.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 2: Acquisizione di beni

Descrizione del processo: Attività svolte per l'acquisizione di beni ed inerenti alla predisposizione degli atti e la cura dell'espletamento delle procedure sotto soglia di rilievo comunitario, per l'affidamento, con oneri a carico dell'A.O.U., di forniture mediante l'utilizzo del MEPA.

Responsabilità del processo: RUP

Identificazione delle aree di rischio: Attività esposte a un elevato rischio di corruzione, soprattutto nelle ipotesi in cui il criterio di aggiudicazione sia quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Possibili cause e/o fattori di rischio: Il rischio riguarda le attività svolte dal RUP: predisposizione degli atti preliminari di gara; verifica delle offerte anomale; rispetto del principio di rotazione degli operatori economici.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

La previsione delle iniziative e delle misure più idonee ai fini dell'analisi del rischio corruttivo può rappresentare lo strumento più rilevante sul sistema complessivo di prevenzione della corruzione. A tal riguardo, la mappatura dei processi su riportata rappresenta, tenuto conto della complessa e peculiare struttura organizzativa aziendale, lo strumento più idoneo di identificazione e, dunque, di valutazione del rischio, soprattutto nelle aree ove comportamenti e/o processi possono comportare un elevato rischio di corruzione. La struttura organizzativa aziendale consta, come rappresentato, allo stato, di una macro area tecnico-amministrativa (nella quali sono incardinate le unità organizzative e le strutture di staff della Direzione Strategica), di una macro area della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali (nella quale sono incardinate le unità organizzative sanitarie), nonché da n. 11 Dipartimenti Assistenziali Integrati (D.A.I.), che assicurano l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca. Si richiama quanto già riportato nel paragrafo "Valutazione di impatto del contesto interno", circa i nuovi assetti delle strutture assistenziali e tecnico-amministrative in corso di attuazione.

In tale articolato e complesso contesto, l'identificazione dei comportamenti e/o fatti che possano concretizzare il fenomeno corruttivo, non può prescindere da iniziative di cooperazione, sinergia e approccio responsabile, oltre ad una corretta conoscenza dei processi tecnico-amministrativi. Altresì, un ruolo importante è affidato alla trasparenza, quale strumento di comunicazione interna ed esterna degli atti e delle iniziative aziendali.

L'emergenza Covid 19, in un settore quale quello della sanità, ha pesantemente inciso sull'attuazione di nuove strategie di prevenzione della corruzione tese all'efficiente gestione dei processi della struttura organizzativa aziendale. Infatti, questa Azienda è stata direttamente coinvolta nella gestione dell'emergenza della pandemia, con implicazioni significative sull'assetto aziendale, anche per la tempestiva riorganizzazione di alcuni servizi, dedicati alle urgenti esigenze sanitarie territoriali. Altresì, si è reso necessario attivare, ove possibile, modalità di lavoro agile, nell'ambito delle misure volte a ridurre la mobilità dei dipendenti e, quindi, a ridurre i rischi di diffusione del contagio. Tale strumento ha fortemente modificato l'assetto organizzativo aziendale, imponendo una tempestiva programmazione di attività straordinarie ed una riorganizzazione di quelle ordinarie. Nell'ambito delle misure di

contenimento messe in atto, nel rispetto delle prescrizioni normative, sono state anche definite procedure atte a ridurre o sospendere gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili, nonché a privilegiare strumenti urgenti e straordinari di acquisizione di beni e di reclutamento di specifiche risorse umane.

L'identificazione degli eventi rischiosi, nelle aree maggiormente esposte, tiene conto sia della pregressa esperienza, anche in relazione all'accadimento di pregressi fatti giudizialmente accertati come fatti di corruzione, rispetto ai quali questa Azienda ha messo in atto, ulteriori misure di automatizzazione dei processi, di controlli incrociati, oltre all'utilizzo di procedure informatiche standardizzate nel contesto sanitario regionale –come sopra segnalato-, anche al fine di evitare la concentrazione in una sola persona di diverse fasi di un procedimento e l'acquisizione di possibili vantaggi illeciti.

Nell'ambito delle procedure per acquisizione di beni e servizi e per affidamento di lavori, le attività del R.U.P. rappresentano un rischio elevato di corruzione, sia per l'autonomia, sia per le competenze. Nella mappatura dei processi tali attività sono declinate nelle strutture di riferimento.

Altresì, particolare attenzione è posta dall'Azienda nell'analisi e implementazione dei processi organizzativi e nella gestione informatizzata degli atti, ove le informazioni consentono efficaci azioni di monitoraggio e controllo.

2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure aziendali progettate per il trattamento del rischio, pur nel complesso contesto di riferimento, rispondono alla logica di semplificazione, efficacia ed efficienza. Nell'ambito delle procedure per acquisizione di beni e servizi e per affidamento di lavori, l'Azienda relativamente all'opportunità di conferire l'incarico di RUP a figure, in particolare, con competenze giuridico – amministrative, oltre che gestionali, necessarie a gestire il processo di acquisizione e considerati i principi in materia di nomina dei Responsabili del Procedimento e dei compiti ad essi assegnati dall' art. 31 del Codice dei Contratti, anche nell'ottica di efficienza organizzativa, ha approvato un provvedimento con il quale individua il RUP nel direttore dell'unità organizzativa che cura la procedura amministrativa finalizzata alla realizzazione dell'opera o alla fornitura del bene o servizio, ossia nei Direttori dell'U.O.C. Gestione Acquisizione di Beni e Servizi, dell'U.O.C. Gestione patrimonio edile/tecnico impiantistico, dell'U.O.C. Farmacia Centralizzata, del Servizio di Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA. Qualora il Direttore dell'U.O.C. lo ritenga opportuno, per le procedure e i contratti di importo inferiore a 20.000,00, il RUP può essere individuato nel Responsabile della Posizione Organizzativa afferente alla U.O.C. che cura la procedura amministrativa finalizzata alla realizzazione dell'opera o alla fornitura del bene o servizio, solo se in possesso dei requisiti previsti dalle linee guida ANAC n. 3. La nomina del RUP per la fase di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione costituisce parte integrante del provvedimento di avvio della procedura di gara. Inoltre, mediante apposito modello di dichiarazione di notorietà, adottato dall'Azienda, ciascun RUP a cui venga conferito l'incarico, deve rendere dichiarazione circa l'insussistenza delle situazioni di conflitto di interessi, di cui all'art. 42, comma 2 del D. Lgs. 50/16 e di incompatibilità.

L'obbligatorietà di tale dichiarazione è disciplinata già nel provvedimento di conferimento dell'incarico stesso, ove è previsto che tale dichiarazione sia resa in via prioritaria. In tale

provvedimento è previsto, inoltre, che l'unità operativa che gestisce la procedura di gara acquisisca e custodisca tale dichiarazione. Il Direttore della struttura vigila sull'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni.

Tale modello di dichiarazione di notorietà è stato adottato anche per il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (D.E.C.), Direttore dei Lavori e Collaudatore per gli affidamenti di appalti e concessioni. Anche per tali affidamenti, vige la medesima procedura sopra richiamata circa gli incarichi di R.U.P.

Inoltre, l'Azienda, in considerazione della rilevanza ai fini della prevenzione del rischio corruttivo di individuare e monitorare le aree più esposte, ha adottato un provvedimento teso a definire, nell'ambito degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori, i criteri sulle modalità di scelta delle commissioni aggiudicatrici per gli affidamenti di appalti e concessioni. Tale provvedimento, in linea con le recenti indicazioni dell'ANAC e con la normativa di riferimento, definisce altresì i presupposti tecnico-professionali necessari per i componenti delle commissioni in argomento e fornisce modello di dichiarazione di notorietà da rendersi a cura di ciascun componente circa l'assenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitti di interessi. Tale iniziativa è stata ulteriormente approfondita, anche mediante segnalazioni, da parte del RPCT, al Responsabile della struttura circa la necessità di controlli e/o verifiche sulla raccolta e tenuta delle suddette dichiarazioni. Tale sinergia tra l'RPCT ed i Responsabili delle strutture è costantemente attiva nella logica della coerente integrazione.

Al fine di rafforzare uniformi misure di trasparenza nel settore degli acquisti di beni e servizi, è stato aggiornato il regolamento in materia di acquisti in economia di servizi e forniture ed adottato un regolamento di gestione delle attività del Servizio Interno di Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA (SIC) dell'Azienda, recentemente modificato alla luce delle novità normative.

Un ulteriore strumento aziendale per prevenire potenziali situazioni di conflitto di interessi, in considerazione della peculiarità della propria organizzazione, è il Regolamento, in essere già da alcuni anni, per lo svolgimento di attività di sperimentazione clinica presso l'Azienda, nel quale sono altresì definite le procedure amministrative propedeutiche al corretto avvio delle citate attività.

All'interno dell'A.O.U. Federico II è attivo ed in implementazione un cruscotto direzionale, utile ai fini della rilevazione ed elaborazione di dati ed informazioni per l'intera struttura organizzativa aziendale, che ha lo scopo di rendere maggiormente visibili i meccanismi di determinazione dei risultati aziendali e quindi fornire lo stimolo per migliorare non solo le performance valutate singolarmente, ma l'intero sistema di risultati economici, finanziari, di didattica, ricerca ed assistenziali che, inevitabilmente, si integrano tra loro e determinano il livello di qualità di servizi che un'Azienda Ospedaliera Universitaria offre nella sua complessità. Inoltre, consente di rendere maggiormente visibili i meccanismi di determinazione dei risultati aziendali, favorendo anche un monitoraggio efficace ed efficiente dei processi aziendali nelle aree di risultato oggetto di monitoraggio, quali le performance conseguite nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività progettuali, il monitoraggio ed individuazione di strumenti volti all'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, il monitoraggio dei flussi informativi aziendali.

Nel corso del 2020, l'Azienda, al fine di dotarsi di strumenti utili alla trasparenza dell'azione amministrativa, con particolare riguardo alle aree potenzialmente esposte a rischi corruttivi, ha provveduto ad adottare un regolamento per disciplinare il ricorso all'elenco di avvocati esterni per l'affidamento di incarichi professionali di rappresentanza, patrocinio e difesa in giudizio dell'AOU e attività di consulenza correlata, nonché contestualmente ad indire un nuovo avviso pubblico di manifestazione di interesse per l'integrazione dell'elenco ristretto – short list – di avvocati esterni.

Attualmente, l'Azienda fa ricorso ad avvocati di libero foro solo nelle ipotesi in cui non si ricorre alla difesa erariale.

Tra le misure organizzative per il trattamento del rischio particolarmente efficace è l'implementazione delle misure di controllo relative al rafforzamento dei processi automatizzati, con particolare evidenza nelle aree della gestione delle entrate, delle spese, nonché l'implementazione degli strumenti automatici di controlli incrociati. La rilevazione dei dati e delle informazioni consente, infatti, un'analisi di tipo qualitativo che, associata all'esame dei dati stessi, consente di fornire indicazioni utili sul livello di esposizione al rischio dei processi e/o delle loro componenti.

Dalla fine del 2019 è attiva, altresì, la nuova procedura contabile SIAC, gestita dalla centrale di committenza regionale, nell'ottica di standardizzare i processi contabili di tutte le aziende sanitarie. Altresì, dall'1/1/2021 l'Azienda ha dato implementazione agli ordini elettronici, già attivi per l'acquisto di beni e per gli affidamenti di lavori, con estensione degli stessi anche per l'acquisto di servizi (sanitari e non), come previsto per gli Enti del S.S.N., ivi compresi gli affidamenti degli incarichi legali, con trasmissione dei suddetti per mezzo del sistema di gestione NSO (Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto), che garantisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici che attestano l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti stessi.

Nel 2022 si è proceduto con la gestione informatizzata dei processi di liquidazione degli affidamenti dei lavori e degli acquisti di beni e servizi.

Al riguardo, si evidenzia che particolare attenzione è sempre posta dall'Azienda nell'adozione di misure tese alla regolamentazione di procedure e/o aree di interesse, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa.

Nell'ambito degli obiettivi tesi a fornire ai pazienti servizi sempre più efficaci ed efficienti, l'Azienda è interessata, nel 2023, da iniziative tese al mantenimento e all'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, importante obiettivo strategico aziendale, individuato dalla Regione Campania e assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, quale strumento per consentire al cittadino la tracciabilità e consultazione di tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari. Al fine di garantire l'alimentazione continuativa di tale strumento, con dati e documenti digitali, l'attuazione del FSE, l'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro centrale e nuclei dipartimentali, per le attività finalizzate alla buona riuscita del progetto, in coerenza con l'indirizzo strategico e le tempistiche fissate del PNRR a livello nazionale, regionale e aziendale.

Sempre nell'ottica di accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, oltre a quanto sopra rappresentato, l'Azienda, dopo aver adottato un regolamento per l'informatizzazione dei processi di gestione documentale, che attua una profonda trasformazione soprattutto nella visione del ruolo del protocollo all'interno

dell'organizzazione, ha attivato lo stesso nel corso del 2021. Tale strumento, oltre a snellire le procedure ed a rendere trasparenti i processi, garantisce l'interoperabilità fra le strutture coinvolte ed il controllo dell'azione amministrativa attraverso i documenti che ogni Amministrazione produce durante la propria attività pratica o l'esercizio delle proprie funzioni.

Nel corso del 2022, nell'ottica di tali obiettivi, è stata data implementazione al processo di gestione informatizzata degli atti, mediante l'attivazione del sistema informatizzato anche per tutte le deliberazioni aziendali.

L'analisi dei dati relativi ai procedimenti disciplinari, nonché agli eventi connessi a fenomeni corruttivi, raccolti ogni anno nella relazione annuale anticorruzione, ha contribuito al miglioramento organizzativo dei processi e delle azioni di contrasto, posto in essere dall'Azienda, improntato ad una progressiva revisione e/o implementazione della maggior parte dei percorsi sia amministrativi che sanitari, favorendone la tracciabilità e la verificabilità.

Oltre alle misure specifiche previste nelle allegate tabelle, nonché alle iniziative intraprese con riferimento alla valutazione del rischio, come sopra rappresentato, particolare attenzione sarà dedicata alla seguente misura di carattere generale:

Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione

I contenuti della normativa in materia di prevenzione e contrasto dei fenomeni di corruzione, prevedono la necessaria predisposizione di percorsi di formazione dei dipendenti, in special modo di quelli chiamati ad operare nei settori maggiormente esposti al rischio corruzione, con particolare riguardo ai temi dell'etica e della cultura della legalità.

Ciò in quanto l'A.O.U., al fine di poter gestire il cambiamento e i processi di riorganizzazione deve coinvolgere il personale, sulla base delle loro conoscenze e competenze, ai fini della riqualificazione e aggiornamento.

La formazione permanente e l'aggiornamento professionale diventano un'esigenza fondamentale del lavoro: formare il personale significa anche favorire ed incoraggiare atteggiamenti e comportamenti virtuosi, per affrontare le nuove problematiche derivanti dal cambiamento e per promuovere la partecipazione a percorsi formativi coerenti allo sviluppo dei profili professionali necessari per il supporto alle innovazioni di carattere normativo-organizzativo e nel proporre iniziative per far crescere e rafforzare la cultura della trasparenza e della integrità. Altresì, la formazione del personale contribuisce al consolidamento di una concreta capacità di applicazione delle singole competenze nell'espletamento delle specifiche funzioni all'interno dell'organizzazione aziendale.

La centralità del ruolo della formazione è sancita dall'art.1 comma 8 della Legge 190/12 e s.m.i., a norma del quale il Direttore Generale, su proposta del Responsabile, deve definire le procedure dirette a formare i dipendenti destinati a operare in settori, in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. Il Legislatore – adottando una misura di tipo anticipatorio – ha focalizzato la sua attenzione sulle risorse umane, preoccupandosi di fornire ai dipendenti maggiormente esposti al rischio di corruzione gli strumenti conoscitivi adeguati per un consapevole e corretto esercizio dei compiti loro affidati. A tal riguardo, va segnalato che l'Azienda intende sempre più implementare iniziative di formazione/informazione rivolte, nel tempo, a tutto il personale, con particolare riguardo al personale individuato a più

alto rischio di corruzione, con fini di prevenzione e contrasto delle situazioni concrete di rischio.

Nel corso del 2022, l'Azienda ha continuato ed implementato le attività di formazione per il personale, dedicando alla stessa tre giornate di formazione, riprese in presenza, dopo le trascorse modalità da remoto imposte dalla particolare situazione emergenziale, dedicate al sistema dell'anticorruzione e della trasparenza ed alle novità normative e giurisprudenziali, con particolare riguardo alle aree sensibili dei contratti pubblici, nonché ai reati contro la pubblica amministrazione. A tal riguardo, per l'organizzazione delle attività formative connesse alle tematiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, l'RPCT si coordina con la struttura aziendale deputata alla programmazione delle attività formative aziendali.

Anche nelle previsioni del 2023, i piani di sviluppo e formazione del personale terranno in particolare riguardo le figure professionali che partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione. Altresì, l'RPCT si attiverà, conformemente a quanto già realizzato, per l'organizzazione di eventi formativi, con particolare riguardo agli aspetti normativi ed etici e alle disposizioni organizzative di attuazione della legge anticorruzione, nonché ai modelli e sistemi di gestione del rischio da utilizzare nel pubblico impiego.

L'attività di formazione potrà essere anche oggetto di percorsi differenziati per contenuti e livello di approfondimento, prevedendo, altresì, per le attività individuate a più alto rischio di corruzione, idonei meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni onde prevenire il rischio di corruzione.

Essa verrà regolamentata espressamente e potrà essere resa sia in presenza (in aula), che a distanza (in e-learning), con formazione di base, o formazione specialistica (connessa a specifiche attività professionali), o formazione trasversale (riguardante diversi settori lavorativi), tenendo conto anche delle problematiche collegate alla pandemia.

Sulla base della pregressa esperienza in materia di formazione del personale, è importante obiettivo strategico aziendale continuare ad implementare i percorsi formativi, anche differenziando i destinatari in funzione delle relative specificità e peculiarità di ruoli, con l'obiettivo di favorire la crescita delle competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti. Sarà data particolare attenzione alla formazione per i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, al fine di fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di portarli nella condizione di affrontare le specifiche criticità. Altresì, sarà data attenzione alla formazione del RPCT, anche nell'ottica della vigente disciplina normativa volta ad unificare le figure del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Per le iniziative di organizzazione e di diffusione delle attività di formazione nel contesto aziendale, la Direzione Aziendale si avvale della struttura "Formazione Risorse Umane", struttura di staff della Direzione Strategica.

Codice di comportamento

L'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 54, c. 5 del D.Lgs. n. 165/2001, dal D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida della Autorità Nazionale Anticorruzione, ha adottato con deliberazione n. 81 de 18/02/2014, il proprio Codice di Comportamento, teso ad assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio

esclusivo a cura dell'interesse pubblico. Nel 2022, con deliberazione n. 1106 del 28-12-2022, l'Azienda, al fine di procedere all'aggiornamento del vigente Codice di Comportamento, in stretta collaborazione con l'RPCT, ha approvato un nuovo Codice di comportamento, previo avviso pubblico, pubblicato sul sito istituzionale, teso a favorire la partecipazione degli stakeholder per eventuali proposte e osservazioni sulla bozza in pubblicazione e previo parere obbligatorio del proprio Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). Il Codice individua le specifiche regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel codice di comportamento nazionale e fissa ulteriori norme di comportamento idonee a qualificare e valorizzare il profilo ed il ruolo dei dipendenti dell'Azienda, nel rispetto dei succitati principi costituzionali ispiratori e di quelli posti a fondamento della "mission" aziendale.

Al fine di dare la massima diffusione a tutto il personale dipendente dell'approvazione del nuovo Codice di comportamento aziendale, oltre a pubblicare nel sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" il Codice di Comportamento con il relativo provvedimento di approvazione, è stata data formale comunicazione a tutto il personale aziendale, su espressa richiesta dell'RPCT, dell'avvenuta approvazione del citato Codice di Comportamento.

Nell'ottica dell'ottimizzazione di tutti gli strumenti che l'Azienda mette a disposizione in materia di prevenzione della corruzione e di doveri di comportamento, come individuati dalle norme e dai regolamenti in materia., questa Azienda ha aggiornato negli anni recenti anche i Regolamenti Aziendali che dettano le disposizioni riguardanti le procedure disciplinari nei confronti di tutto il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa e di Comparto del Servizio Sanitario Nazionale dell'A.O.U. Federico II, sia quello dipendente dell'Università Federico II e assegnato al contingente dell'Azienda, sia quello con rapporto di lavoro con l'Azienda. A tali Regolamenti l'Azienda ha dato ampia diffusione sul proprio sito istituzionale, anche mediante segnalazione in evidenza nella sezione del portale aziendale dedicata al personale.

Inoltre, nell'ambito delle disposizioni di cui alla L. n. 179 del 30/11/2017, recante "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 o privato", nonché nell'ambito delle disposizioni di cui all'art 54 bis d.lgs. 165/2001, nonché della Legge delega n. 53/2021 per il recepimento, mediante decreto legge, della Direttiva europea n. 1937/2019 e delle linee guida ANAC n materia, al fine di garantire la tutela della riservatezza in sede di acquisizione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei pubblici dipendenti di cui gli stessi siano venuti a conoscenza in ragione del loro rapporto di lavoro, questa Azienda, nel 2018, ha attivato uno strumento di segnalazione mediante un'applicazione informatica creata sul sito istituzionale dell'Azienda, denominata "**Whistleblowing**", consentendo, quindi, al dipendente l'avvio di un'interlocuzione riservata con l'RPCT.

Obblighi informativi

Stante quanto previsto, in relazione al modello di coordinamento adottato, tra l'RPCT ed i Referenti, al fine di assicurare un meccanismo di controllo delle decisioni assunte nelle aree a rischio, i Referenti, ognuno per la parte di propria competenza, sono tenuti a monitorare e, in caso di difformità, a comunicare al RPCT gli esiti, con riferimento alle strutture di afferenza:

- l’attivazione di procedimenti amministrativi rientranti nelle aree a rischio indicate nel presente piano;
- i relativi provvedimenti finali adottati con l’indicazione del responsabile di ciascun procedimento, i destinatari e i tempi di effettiva conclusione dei procedimenti.

Per quanto concerne i rapporti tra l’Azienda 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, i Referenti sono tenuti a monitorare e vigilare, nell’ambito delle strutture organizzative di competenza, l’esistenza di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti dell’Amministrazione. Gli esiti di detta verifica, se positiva, dovranno essere comunicati tempestivamente al Responsabile, al fine dell’adozione delle opportune misure.

L’RPCT può tener conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori di interesse, sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino la possibilità di un rischio probabile di corruzione, al fine di disporre verifiche ispettive presso gli uffici interessati. Il Responsabile può, in ogni caso, disporre d’ufficio verifiche ispettive se ne ravvisa la necessità.

L’RPCT si impegna a individuare forme per controllare la presa d’atto del piano da parte dei dipendenti in servizio. All’atto dell’assunzione in servizio, il nuovo dipendente sarà chiamato a prendere atto del suddetto Piano, così come saranno chiamati a prenderne atto anche i dipendenti trasferiti o comandati.

Divieto di pantouflage

L’art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001, ha introdotto misure tese a ridurre il rischio di situazioni di corruzione connesse all’impiego del dipendente successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro e ad evitare che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la sua posizione e il suo potere all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro con l’operatore economico o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma vieta, quindi, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (per qualsiasi causa, compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), presso i soggetti privati destinatari dell’attività svolta attraverso i medesimi poteri. Al fine di dare attuazione a quanto prescritto dalla succitata normativa e di prevedere, quindi, una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto, anche alla luce dei pronunciamenti dell’ANAC al riguardo, ai fini della prevenzione del fenomeno, si è provveduto a richiedere all’U.O.C. Gestione Risorse Umane l’utilizzo di una modulistica, per l’acquisizione di una dichiarazione da rendersi da parte del dipendente al momento della cessazione del rapporto di lavoro o dell’incarico, circa l’impegno a non prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati dall’Azienda e/o conclusi con l’apporto decisionale del dipendente, avendo lo stesso firmato l’atto o partecipato al procedimento. Parimenti, si è provveduto a richiedere all’U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi, l’inserimento

nei bandi di gara e/o nei modelli di dichiarazioni da rendersi in gara, ivi inclusi gli affidamenti mediante procedura negoziata, di apposita dichiarazione dell'operatore economico concorrente di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. n. 165/2001 per non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver conferito incarichi ad ex dipendenti dell'Amministrazione, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa.

I Direttori delle UU.OO.CC. di riferimento avranno cura di monitorare, con il supporto dell'RPCT, il puntuale rispetto di tali previsioni.

2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Nell'ambito dell'articolazione particolare, nel processo di prevenzione della corruzione, i dirigenti collaborano attivamente con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (d'ora innanzi denominato RPCT), nella definizione delle azioni di prevenzione contrasto della corruzione, nonché nella mappatura dei processi organizzativi.

Allo stato sono individuati, come Referenti della prevenzione della corruzione, i Direttori dei D.A.I. e i Dirigenti Responsabili delle UU.OO.CC. Amministrative e Tecniche. Come segnalato, allo stato è in corso un riassetto sia dell'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, sia dei Dipartimenti Assistenziali, al termine del quale potranno essere rimodulate, ove necessario, le attività di collaborazione e monitoraggio.

Nello specifico, allo stato tutti i Dirigenti delle strutture aziendali concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso azioni di monitoraggio ed una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi delle proprie Unità Organizzative.

Tanto, in considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali; l'azione dei Referenti resta comunque subordinata alle indicazioni del Responsabile, che resta l'unico Riferimento aziendale.

I suddetti Referenti sono individuati per le seguenti aree di attività:

- Attività connesse alla gestione dei D.A.I.;
- Area del Personale e Incarichi;
- Area degli Acquisti e Logistica;
- Area Economico Patrimoniale;
- Area Tecnica e Lavori;
- Area Ingegneria Clinica e Sistemi Informativi e ICT;
- Area Sanitaria, delle Sperimentazioni Cliniche, della gestione delle Liste di Attesa, dell'attività A.L.P.I.;
- Area degli Affari Legali e contenzioso.

In ogni caso, tutti i Responsabili delle Unità Operative aziendali sono tenuti a fornire il necessario supporto al RPCT e ai Referenti delle aree definite, anche concorrendo alla definizione delle più idonee misure di prevenzione della corruzione.

Nell'esplicazione delle attività, infatti, l'RPCT dovrà essere affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti, in particolar modo dai Direttori delle UU.OO.CC. ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione.

Il modello di coordinamento adottato vede la partecipazione attiva tra il Responsabile e i Referenti. I Referenti, oltre ad avere una funzione propulsiva per l'individuazione delle aree maggiormente soggette a rischio di corruzione, hanno anche il compito di diffondere ed attuare le azioni preventive - indicate nel piano - nelle specifiche aree di competenza e responsabilità.

Esso prevede, dunque, un flusso bidirezionale di informazioni tra il Responsabile ed i Referenti, consentendo, da un lato, l'acquisizione di informazioni dalla periferia verso l'unità centrale, dall'altro, la diramazione dal centro alla periferia dei contenuti del piano adottato.

L'adozione di tale modello permette di creare un efficiente sistema di rilevazione di proposte e dati utili alla prevenzione della corruzione, evitando il rischio dell'adozione di strumenti preventivi e di controllo non idonei a tutelare l'azione amministrativa. Ciò, infatti, potrebbe verificarsi a seguito di un deficit informativo, qualora l'adozione delle misure preventive fosse concentrata in un unico soggetto nell'ambito di un'organizzazione così complessa come quella dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Il flusso informativo bidirezionale avviene secondo la seguente sequenzialità:

- i Referenti sono tenuti a comunicare al Responsabile i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione e l'aggiornamento del piano di prevenzione. Essi, con riguardo alle attività a rischio di corruzione di cui al presente Piano, effettuano periodicamente il monitoraggio delle misure previste e del rispetto dei tempi procedurali;
- Nell'eventualità di mancato rispetto dei tempi procedurali e di qualsiasi altra anomalia accertata, consistente nella mancata attuazione del presente Piano, i Referenti informano tempestivamente e senza ritardo il Responsabile della prevenzione della corruzione, provvedendo alla eliminazione delle anomalie, oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione le azioni necessarie, ove non rientrino nella competenza dirigenziale;
- Il Responsabile raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano.

Una sinergica collaborazione è svolta, altresì, tra l'RPCT e la struttura "Webmaster", afferente all'area informatica, deputata alla pubblicazione degli atti e dei dati aziendali, nonché con la struttura "Comunicazione, U.R.P. e Ufficio Stampa", curatrice della comunicazione esterna e del Web Magazine aziendale e con l'UO.C. Gestione Risorse Umane per quanto attiene, in particolare, il Codice di Comportamento.

2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

La Legge n. 190/2012, nella stesura originaria, ha delegato il Governo ad adottare un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni mediante la modifica o l'integrazione delle disposizioni vigenti, ovvero mediante nuove forme di pubblicità, nel rispetto di una serie di principi e criteri direttivi indicati dalla legge medesima.

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, adottato a seguito di detta delega in argomento, individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione, prevedendo, altresì, che "il Responsabile svolga stabilmente una attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente,

assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.”.

Infatti, il D. Lgs. n. 33/13 «Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni», novellato con il D. Lgs. n. 97/2016, rappresenta un proseguimento dell'opera intrapresa dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», attraverso strumenti e azioni volte ad assicurare una sempre maggiore trasparenza della pubblica amministrazione.

La nozione di trasparenza già con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni», assumeva un rilievo centrale, intendendosi con essa «accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione». La stessa normativa qualifica la trasparenza come “livello essenziale delle prestazioni erogate dalle pubbliche amministrazioni”, il che significa che la trasparenza, in base all'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione, rientra tra i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale.

Con il citato D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., si è approdati ad un rafforzamento di tale visione. Infatti, la trasparenza «concorre ad attuare il principio democratico e costituzionale di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla collettività. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali; integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino», secondo quanto contemplato dall'art. 1, c. 2, del D. Lgs. n. 33/2013. Pertanto, oggi il principio di trasparenza, anche alla luce delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/16, deve essere inteso come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni e, dunque, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

Nell'ottica di tale principio di accessibilità totale, il nuovo concetto di trasparenza assume una differente portata rispetto al diritto di accesso ai documenti amministrativi, di cui agli artt. 22 e ss. della citata Legge n. 241/1990 e s.m.i., che disciplina la distinta fattispecie del diritto di accesso ai documenti amministrativi, qualificato dalla titolarità di un interesse specifico e soggettivo azionabile da parte dell'istante e sottoposto a una specifica e differente disciplina che trova la propria fonte nella richiamata legge n. 241/90 e s.m.i.

L'importanza del percorso intrapreso dal legislatore è reso ancora più evidente dal fatto che la materia della trasparenza è stata oggetto di notevoli novità normative, in ultimo rappresentate dal D. Lgs. 97/16 che ha novellato il D. Lgs. 33/13, nonché dalle successive modifiche ed integrazioni intervenute alla L. 190/12, tese a rafforzarne il ruolo strategico nelle organizzazioni aziendali.

La nuova nozione di “trasparenza” delle pubbliche amministrazioni, come accennato, ha l'evidente scopo di favorire forme diffuse di verifica del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità, cui deve informarsi la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 97 della Costituzione, per favorire, quindi, il controllo sociale sull'azione amministrativa e sul rispetto del principio di legalità.

I citati provvedimenti sono pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”, coerentemente con i dettami normativi.

Gli obiettivi strategici aziendali in materia di trasparenza sono, tra l'altro, connessi a quelli definiti nel Piano della performance, documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'Azienda per la misurazione e la valutazione della performance.

Al fine di garantire il coordinamento e l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, la sottosezione “Performance” del presente Piano prevede esplicitamente, tra l'altro, il riferimento agli obiettivi da conseguire, nei quali sono tradotti, per quanto possibile, in obiettivi organizzativi e individuali le misure di prevenzione della corruzione.

A tal riguardo, l'Azienda individua, tra le aree strategiche di cui al Piano della Performance, l'area della trasparenza e comunicazione e per essa declina gli obiettivi strategici aziendali e gli obiettivi operativi per le singole strutture, al fine di valutare la performance organizzativa. Si segnalano, tra gli obiettivi strategici aziendali, l'implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici, l'implementazione della mappatura dei processi aziendali, il monitoraggio in termini di qualità e copertura dei flussi informativi, il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera. Inoltre, nell'ambito delle performance individuali vengono definiti obiettivi per comparto e dirigenza, anche finalizzati alla prevenzione della corruzione. In particolare, nelle strutture a più elevato rischio corruttivo, gli strumenti di misurazione della performance tengono conto anche degli obiettivi finalizzati al monitoraggio ed al controllo in termini di prevenzione della corruzione.

Gli obiettivi della trasparenza, da un lato rappresentano un aspetto fondamentale della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance, dall'altro permettono di rendere pubblici i contenuti del Piano della performance e, a consuntivo, della Relazione sulla performance. Quindi, oltre al profilo statico, consistente nella pubblicizzazione di categorie di dati attinenti alle Pubbliche Amministrazioni per finalità di controllo, la trasparenza presenta un profilo dinamico correlato direttamente alla performance nell'ottica di un miglioramento “continuo”.

Risulta, quindi, necessario garantire un'integrazione di questi strumenti e far in modo che le misure sulla trasparenza contenute nel presente Piano diventino veri e propri obiettivi da inserire nel Piano della performance. Tale processo di promozione della trasparenza e della comunicazione, già avviato negli anni da questa Azienda, come rappresentato, viene costantemente seguito, anche alla luce dell'attuale quadro normativo. A tal riguardo, anche

grazie al contributo dell'O.I.V., al processo di valutazione della performance per il personale dirigente e di comparto, in particolare nella fase di predisposizione delle relative schede di valutazione, hanno preso parte gruppi di lavoro individuati dalla Direzione Strategica, composti sia da rappresentanze della dirigenza che da rappresentanze del comparto, relativamente ad entrambe le macro aree di competenza: D.A.I. e U.O.C. amministrative e tecniche.

Il Piano della Performance, quindi, prevede per tutte le strutture organizzative sia obiettivi propriamente di performance che contribuiscono all'assolvimento delle disposizioni in materia di anticorruzione e trasparenza (ad esempio gli obiettivi relativi al monitoraggio dei tempi di esecuzione dei processi di gara, di acquisizione del personale e delle fasi liquidatoria delle fatture elettroniche), sia il richiamo agli obiettivi, indicatori e target, definiti nel PTCT. In particolare, gli obiettivi del PTPC sono inseriti nel Piano della performance in riferimento a:

- attuazione dei piani e misure di prevenzione della corruzione previsti nel PTCT, nonché la misurazione del loro grado di attuazione;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, per stabilire qual è il valore trasferito all'utente e il miglioramento dello stesso a seguito dell'attuazione delle misure di prevenzione.

L'ANAC richiama tutte le amministrazioni pubbliche, anche alla luce delle recenti novità normative, sulla necessità di assicurare l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione dell'anticorruzione, in particolare misura per quanto concerne il collegamento tra i documenti di programmazione strategico- gestionale e la valutazione della performance con gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

L'A.O.U. Federico II promuove l'adozione di un ciclo che comprende, oltre gli ambiti relativi alla performance, anche quelli riguardanti la trasparenza e l'integrità, ivi comprese le misure adottate nel Piano triennale in tema di prevenzione e contrasto della corruzione. A tal proposito, si segnala che l'attività di prevenzione e di contrasto della corruzione assume rilevanza strategica in attuazione della legge 190/2012 e s.m.i. In particolare, gli obiettivi strategici e operativi aziendali prevedono, per le diverse strutture, processi e attività per l'attuazione di piani operativi e misure di prevenzione della corruzione, oltre che un monitoraggio sul loro grado di attuazione, nonché l'avvio di un percorso, nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale, degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità di ciascuna struttura al rischio corruttivo. La trasparenza, in particolare, è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, poiché garantisce l'effettiva rendicontazione e trasparenza in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa, che si collocano, comunque, in un contesto di organizzazione interna aziendale ispirata al principio cardine della responsabilizzazione diffusa del personale, per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo.

Nel 2018, fu istituita, a livello regionale, la Rete della Trasparenza del S.S.R. costituito in seno alla I Commissione Consiliare Speciale della Regione Campania "per la trasparenza, di

cui questa Azienda è stata parte, per il controllo delle attività della Regione e degli enti collegati e dell'utilizzo di tutti i fondi". A tale tavolo hanno preso parte i dirigenti Responsabili della Trasparenza delle AA.S.L., delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione Campania, con l'intento principale di fare rete nello scambio di "best practies" e di elaborazione di procedure comuni negli adempimenti e nelle problematiche connesse alla trasparenza nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

Sulla base delle condivisioni della suddetta Rete, l'Azienda ha adeguato l'apposita sezione del sito web istituzionale, "Amministrazione Trasparente", dedicata all'accesso civico, ai modelli comuni definiti dal Tavolo, nel rispetto delle prescrizioni normative ed alle linee guida ANAC, con particolare riferimento alle delibere nn. 1309 e 1310 del 28/12/2016, come aggiornata alla luce delle modifiche apportate al D. Lgs. 33/13.

Nella sezione del portale web aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", al fine di favorire un accesso diretto, agevole, semplificato e qualitativamente valido alle informazioni e ai servizi offerti all'utenza, sono pubblicati, integralmente, tutti gli atti amministrativi adottati, deliberazioni, disposizioni, regolamenti attuativi, nonché ulteriori dati che l'Azienda ritiene utile pubblicare nel più ampio interesse della collettività.

E' fatto salvo il rispetto dei principi della riservatezza e della tutela degli interessi giuridicamente rilevanti, disciplinati dalla vigente normativa non potendo, il diritto alla trasparenza, prescindere dal diritto alla privacy. Pertanto, nel pubblicare notizie, dati, informazioni e quant'altro sul proprio sito internet, l'Azienda è tenuta ad oscurare dati che potrebbero rilevarsi "sensibili" ai sensi delle suddette disposizioni di legge e delle linee guida ANAC.

L'Azienda si impegna a proseguire l'attività di costante pubblicazione degli atti e delle informazioni previsti dal D. Lgs 33/2013 e s.m.i., nel rispetto della normativa e di quanto indicato nella tabella contenente la struttura delle informazioni previste nel sito aziendale. Tale tabella, contenente la struttura delle informazioni contenute sito aziendale, è pubblicata alla sezione "Amministrazione Trasparente" del portale aziendale.

Iniziative di comunicazione della trasparenza

Il principale strumento aziendale di comunicazione, oltre a specifiche iniziative, è il sito web istituzionale. Le modalità di gestione del sito, nonché di pubblicazione dei dati sono regolamentate e deliberate in apposita procedura aziendale allo scopo redatta. Infatti, l'Azienda ha adottato un apposito regolamento denominato "Regolamento per la pubblicazione dei documenti sul portale web aziendale", nel quale sono definite le procedure tese alla trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati da pubblicare sul sito aziendale.

La struttura aziendale "Webmaster", afferente all'U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informatici e ICT, provvede alla pubblicazione sul portale istituzionale -recentemente riprogettato alla luce delle innovazioni legislative in materia di accessibilità e trasparenza-, e sulla sezione "Amministrazione Trasparente", dei dati e delle informazioni soggetti a pubblicazione, in costante coordinamento con l'RPCT.

Un ulteriore strumento di trasparenza, teso ad innalzare il livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi resi dall'amministrazione, che è stato avviato negli ultimi anni e viene costantemente implementato, è il processo teso a favorire, attraverso l'URP aziendale,

l'ascolto, l'accoglienza, il coinvolgimento e la comunicazione da parte dei soggetti interessati, dotandosi degli strumenti più appropriati per indagare circa la soddisfazione dei propri clienti, mediante un sistema di rilevazione del grado di soddisfacimento degli utenti (questionario somministrato da alcune strutture nelle quali è svolta l'attività assistenziale).

Nell'ottica di favorire tali iniziative mediante strumenti trasparenti e celeri, l'Azienda oltre a curare attraverso la struttura preposta, il costante aggiornamento del magazine aziendale, ha adottato appositi regolamenti per disciplinare le modalità di presentazione dei reclami, nonché a gennaio 2023, quello finalizzato a garantire la pubblica tutela, in considerazione dell'importanza della tutela dei cittadini, utenti dei servizi sanitari, a cui si fa riferimento nella sottosezione "valore pubblico".

Inoltre, l'Azienda intende potenziare sia le analisi dei livelli di soddisfazione dei cittadini, per indentificare tempestivamente problematiche da correggere ed attuare azioni correttive di miglioramento, nonché implementare la carta dei servizi aziendale.

Alla funzione della comunicazione e della trasparenza, dunque l'Azienda ha apportato sempre ulteriori processi migliorativi, anche con l'introduzione di sistemi di facile accessibilità e reperibilità.

Recentemente, per garantire anche a persone con disabilità l'accesso a tutti i servizi erogati tramite il portale web aziendale, è stato installato un tool di intelligenza artificiale che ha consentito ad altre categorie di persone con disabilità fisiche, sensoriali e cognitive, di usufruire dei servizi web aziendali. Per il dettaglio di tale iniziativa, si rinvia alla sottosezione "valore pubblico".

Inoltre, nel portale aziendale è presente un'area, portale aziendale denominata "web magazine-area comunicazione", periodico online, nel quale sono riportati articoli che riguardano la scienza e la medicina, la prevenzione e la promozione della salute, la cultura e la società, le innovazioni tecnologiche ed i nuovi media, nonché iniziative sia di aggiornamento e formazione, sia di innovazione nei servizi aziendali, sia di evidenza di eccellenze assistenziali, al fine di rendere i cittadini consapevoli delle competenze professionali nella sanità.

I principali obiettivi delle attività di informazione e comunicazione istituzionale sono finalizzati ad illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative, al fine di facilitarne l'applicazione e favorire l'accesso ai servizi pubblici, promuovendone la conoscenza, oltre che promuovere conoscenze allargate e approfondite su temi di rilevante interesse pubblico e sociale.

Gli obiettivi di condivisione di informazioni e conoscenza sono realizzati anche attraverso la presenza della pagina aziendale sui social media, che consente, altresì, uno strumento utile di pronta risoluzione di criticità evidenziate dal cittadino e di gestione dei rapporti con l'utenza anche attraverso i social media. Altresì, sul sito web istituzionale, è individuata un'apposita area dedicata al cittadino, al fine di fornire all'utenza un immediato strumento d'informazione e di comunicazione. Un importante strumento di miglioramento dei livelli di trasparenza dell'Azienda e di incremento del rapporto fiduciario con l'utenza è un sistema gestionale, in corso di implementazione, teso ad accogliere e gestire le segnalazioni ed i reclami.

Inoltre, il web magazine rappresenta sia un importante strumento di comunicazione interna, perché consente ai professionisti dell'Azienda di condividere le numerose attività assistenziali e di ricerca svolte nell'A.O.U., sia di comunicazione e di coinvolgimento esterno, attraverso

la creazione di un dialogo aperto, semplice e trasparente con la cittadinanza sui temi della salute e del benessere. A tal riguardo, l'Azienda, con proprie circolari, ha definito le procedure da adottare per le attività di comunicazione esterna e con i media.

La funzione della comunicazione in Azienda ha sviluppato, altresì, negli anni, un articolato modello di comunicazione che prevede un costante rapporto con i media, l'aggiornamento continuo dei propri strumenti di comunicazione (sito web, web magazine, pagine social) e l'attivazione di una rete di comunicazione interna-esterna attraverso i referenti per la comunicazione dipartimentale, che costituiscono delle interfacce operative e organizzative per la valorizzazione delle eccellenze delle singole realtà dipartimentali. Essa rappresenta, altresì, un importante elemento di coordinamento e sinergia con la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nell'ottica di perseguire, in linea di continuità con quanto già sviluppato e delineato nelle precedenti annualità e di valorizzazione ed ottimizzazione delle rete interna e esterna, azioni di condivisione e coerenza comunicativa, oltre che azioni tese a favorire l'adozione di sani stili di vita nella popolazione campana, nonché a tracciare nuove prospettive regionali sull'argomento.

Nel triennio di riferimento, tali strumenti saranno ulteriormente implementati, unitamente alla messa a punto di nuovi strumenti di diffusione di azioni di miglioramento, eventualmente individuate.

Al fine di implementare le iniziative tese a favorire l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi aziendali, è stato attivato nel 2020 ed implementato nel 2021, il servizio "e-CUPT" che permette di prenotare, spostare, disdire e pagare le prestazioni sanitarie attraverso smartphone o tablet connessi ad internet. Altresì, l'Azienda ha implementato, nel 2021, le postazioni CUP interne. Di tali iniziative è stata data ampia diffusione nel portale aziendale. Tale strumento si associa ad un più ampio obiettivo sanitario regionale, quale l'istituzione del Centro Unico di Prenotazione, un servizio on-line che consente ai cittadini campani di prenotare visite specialistiche e di diagnostica strumentale presso gli Enti di Regione Campania aderenti al servizio, di gestire i propri appuntamenti e pagare direttamente tramite MyPay le prestazioni prenotate.

Un ulteriore strumento finalizzato a sviluppare un adeguato livello di trasparenza dei propri processi gestionali e organizzativi è la Posta Elettronica Certificata, il cui utilizzo si è, nel tempo, incrementato. Appare evidente che, in quanto strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento, essa rappresenta un'innovazione capace di semplificare i rapporti tra le pubbliche amministrazioni e i privati e di favorire il processo di dematerializzazione dell'azione amministrativa. L'A.O.U. Federico II, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa, da tempo è dotata di una casella di posta elettronica certificata di direzione (aou.protocollo@pec.it), presente nel portale aziendale, grazie ai protocolli di sicurezza utilizzati, garantisce la traccia informatica delle operazioni svolte, nel rispetto delle previsioni normative. Altresì, sul portale aziendale sono presenti gli indirizzi PEC delle strutture aziendali e dei relativi Responsabili, a cui l'Azienda ha fornito i suddetti indirizzi.

Attraverso tale strumento, anche i cittadini, imprese e professionisti possono indirizzare le proprie istanze, al fine di poter concretamente gestire i procedimenti amministrativi con strumenti informativi, realizzando in tal modo reali risparmi di spesa ed eliminando notevoli tempi di trasmissione.

Altresì, negli anni recenti, l'Azienda ha adottato un "Regolamento per il rilascio e l'utilizzo del servizio di Posta Elettronica Certificata dell'A.O.U. per fini istituzionali", al fine di disciplinare le modalità di gestione e di utilizzo di tale strumento di trasmissione, in dotazione a tutte le strutture organizzative sanitarie e amministrative dell'Azienda.

L'Azienda, inoltre, fornisce un ulteriore strumento di conoscenza del servizio sanitario e di tutela per i cittadini: "la Carta dei Servizi dell'Azienda", documento nel quale sono descritti oltre i diritti e i doveri dell'utente, tutte le finalità, informazioni utili ed i modi e le strutture attraverso cui i servizi vengono erogati. La "Carta dei Servizi", in corso di aggiornamento, è consultabile sul sito internet aziendale, mediante collegamento dalla home page.

Il contenuto del sito aziendale, nonché le modalità e le responsabilità legate al suo aggiornamento sono di competenza dell'U.O.C. Sistema Informativo, ITC e nuove tecnologie dell'informazione dell'Azienda, struttura di staff della Direzione Generale che organizza la gestione dell'intero sistema informatico aziendale. Tale struttura è deputata, altresì, alla gestione del webmaster aziendale.

Nell'organizzazione aziendale sono altresì individuati, quali referenti del sito, i Direttori dei D.A.I. e i Dirigenti Responsabili delle UU.OO.CC. amministrative e tecniche, in quanto responsabili della trasmissione dei documenti oggetto di pubblicazione, nonché di eventuali proposte di aggiornamenti e/o modifiche da apportare al sito per la parte di competenza di ciascuno di essi.

Nel rispetto delle finalità di cui sopra, gli stessi Dirigenti garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (a norma dell'art. 43 c. 3 del D. Lgs 33/2013 e s.m.i), nonché il loro costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità delle informazioni e l'adeguamento dei contenuti all'evolversi della normativa in materia.

Infine, si evidenzia che, coerentemente con quanto disciplinato dal novellato art. 5 del citato D. Lgs. 33/13, nonché dalle normative vigenti in materia di tutela dei dati personali, il diritto di accesso civico, inteso sia quale diritto di richiedere all'Amministrazione documenti informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria, sia quale diritto di accedere ai dati ed ai documenti detenuti dall'Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa in argomento, può essere esercitato mediante istanza inoltrata all'Amministrazione, senza obbligo di motivazione, anche inoltrandola all'indirizzo di posta elettronica: accessocivico.aou@unina.it, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica e reperibile sul sito internet aziendale, unitamente a tutte le informazioni utili per l'esercizio del siffatto diritto.

Si segnala, inoltre, nell'ottica di assicurare il perseguimento degli obiettivi strategici in tema di trasparenza, la tenuta aggiornata dei flussi informativi aziendali, delle scadenze dei relativi adempimenti e dei relativi responsabili.

Lo schema riportante tali flussi è allegato alla presente sottosezione del Piano.

Inoltre, si segnala la presenza, presso questa A.O.U., del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), nella persona del Dott. Salvatore Buonavolontà, nominato con disposizione del Direttore Generale n. 335 del 7/11/2013. Tali figura è incaricata dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi dell'Azienda, nella qualità di stazione appaltante.

Rotazione degli incarichi

La rotazione degli incarichi tra il personale dirigente e tra i funzionari in servizio presso le strutture a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione e di tutela dell'etica e della legalità e l'esigenza del ricorso a questo sistema di soluzione è stato sottolineato dalla stessa disposizione di legge. L'alternanza tra più dirigenti e funzionari nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra l'Amministrazione e gli utenti e il rischio di un consolidarsi di situazioni di privilegio e di aspettative a risposte illegali improntate a situazioni di collusione.

Il numero esiguo di dirigenti e di funzionari con anzianità di servizio, a causa delle ingentissime cessazioni avvenute negli ultimi anni, ha reso possibile l'adozione parziale di tale strumento, al fine di non causare inefficienza, malfunzionamento ed inefficacia dell'assetto organizzativo aziendale, ancor più a seguito dell'emergenza pandemica, come già accennato, che ha costretto l'Azienda alla prioritaria gestione della stessa. Tanto, anche in considerazione delle notevoli dimensioni dell'Azienda e della peculiarità della stessa e della eterogeneità delle risorse professionali. Tuttavia, recentemente, alcuni avvicendamenti di incarichi dirigenziali di struttura complessa ed il conferimento di nuovi incarichi professionali dirigenziali, con funzioni di stretta collaborazione con i direttori responsabili delle strutture medesime, hanno rappresentato, comunque, un'efficace conciliazione tra gli obiettivi di prevenzione di comportamenti a rischio corruttivo e quelli di efficacia, buon andamento e continuità dell'azione amministrativa.

Infatti, corso del 2021, per effetto di ulteriori cessazioni, l'Azienda ha indetto due avvisi pubblici per il conferimento di incarichi di struttura complessa nella macro area tecnico-amministrativa. Nelle more dell'espletamento degli stessi, sono stati affidati due incarichi ad interim di struttura complessa nella macro area tecnico-amministrativa. Inoltre, l'Azienda ha pubblicato un avviso interno per il conferimento di un incarico di Direttore dell'unità operativa complessa "Gestione Risorse Umane", con conseguente affidamento dello stesso.

Nel corso dell'anno 2022 è stata affidata la Direzione dell'U.O.C. Patrimonio Edile, Tecnico e Impiantistico ad un nuovo Dirigente professionale. Con riferimento ai Dirigenti medici e sanitari, anche a seguito di numerose cessazioni e immissioni nelle attività assistenziali, numerosi incarichi risultano affidati a responsabili diversi da quelli degli anni precedenti. Si segnala, in ogni caso, che la rotazione dei Dirigenti medici e sanitari è possibile soltanto nell'ambito delle specialità analoghe.

E' auspicabile per il futuro, con l'acquisizione di nuovo personale, a cui tra l'altro l'Azienda ha dato avvio, prevedere per i dirigenti e per il personale operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione, la permanenza negli uffici per un periodo ragionevolmente non superiore ai cinque anni, nonché la programmazione della rotazione. Allo stato, questa Azienda utilizza, comunque, strumenti di prevenzione della corruzione e di diffusione della trasparenza, nell'ambito delle scelte organizzative interne, tesi alla condivisione ed al monitoraggio delle funzioni espletate dal personale. Altresì, una ulteriore misura organizzativa aziendale di prevenzione è la rotazione, ove possibile e compatibilmente con le competenze professionali necessarie nonché con la dotazione organica, degli incarichi da conferire ai responsabili di procedimenti e/o sub-procedimenti.

Tabella 6. Mappa Flussi Informativi

Raggruppamento	FLUSSO	Descrizione Flusso	Riferimento normativo	Periodicità	Scadenza	Destinatario	Destinatario (note)	Responsabile trasmissione	Responsabile della Pubblicazione
FLUSSI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE SANITARIA	FILE A SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) File A 1: dati anagrafici; File A 2: prestazioni sanitarie	Invio dati relativi alle schede di dimissione: dati anagrafici e sanitari	DM Sanità 28/12/1991 s.m.i DM 135 dell'8/07/2010 e successive modifiche integrative	mensile	Entro il 10° giorno del mese successivo a quello di riferimento; per il mese di dicembre entro il 31 gennaio	SORESA	Ministero della salute	Direzione Sanitaria	
FLUSSI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE SANITARIA	File C	Invio dati relativi alla specialistica ambulatoriale: dati anagrafici e sanitari	art. 52 comma 4 lettera a L. n. 289 del 27 dic 2002 e art. 50 L n. 326 del 24/11/2003 e sm.i. DGRC 1200/2006 D.D. n.17 RC del 30/1/2009 e DDR 394 del 27/11/2009- Decreto Dirigenziale 17 del 30 gen 2009 Regione Campania	mensile	Entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento	SORESA	controllo di coerenza con SOGEI	Direzione Sanitaria	

FLUSSI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE SANITARIA	File PACC	Invio dati relativi alla specialistica ambulatoriale (PACC) dati anagrafici e sanitari	art. 52 comma 4 lettera a L. n. 289 del 27 dic 2002 e art. 50 L. n. 326 del 24/11/2003 e sm.i. DGRC 1200/2006 D.D. n.17 RC del 30/1/2009 e DDR 394 del 27/11/2009- Decreto Dirigenziale 17 del 30 gen 2009 Regione Campania	mensile	Entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento	SORESA	controllo di coerenza con SOGEI	Direzione Sanitaria	Alessandro BARBARINO
FLUSSI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE SANITARIA	File F (UMACA+EDF)	Prestazioni farmaceutiche erogate attraverso somministrazione diretta dei farmaci	DM della Salute 31 luglio 2007 - DM della Salute 13/11/2008 - Linee Guida per la predisposizione e la trasmissione dei file NSIS DG Sistema Informativo giugno 2010- Decreto Dirigenziale 17 del 30 gen 2009- Regione Campania	mensile	Entro il 10 del mese successivo(SORESA).	Piattaforma Sinfonia		UOC Farmacia Centralizzata / Dott.ssa Antonietta VOZZA	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	STS.11	Anagrafica delle strutture sanitarie relativa alle attività ambulatoriali, di laboratorio e diagnostica (spazi, orari e giorni di apertura)	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	annuale	Entro il 31 gennaio anno di rilevazione	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	

MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	STS.21	Elenco numero e codice delle prestazioni ambulatoriali e di laboratorio o diagnostica	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	annuale	Entro il 31 gennaio anno successivo a quello di rilevazione	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.11	Dati anagrafici della struttura di ricovero	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	annuale	Entro il 31 gennaio anno di rilevazione	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.12	Posti Letto per disciplina di ricovero	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	annuale	Entro il 30 aprile anno di rilevazione	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.14	Apparecchiature tecniche biomediche strutture di ricovero	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	annuale	Entro il 30 aprile anno di rilevazione	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	

MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.22-bis	Posti Letto Medi delle Strutture di Ricovero Pubbliche ed Equiparate	DM 23 Dicembre 96 succ modifiche DM 5 Dicembre 2006	Trimestrale	Entro 30 gg dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO F	Conteggio mensile posti letto DH strutture Pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2006	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO G	Conteggio mensile posti letto NIDO strutture Pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2007	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO H	Conteggio mensile ricoverati e deceduti pronto soccorso strutture pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2008	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	

MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO I	Conteggio mensile ore di attività e numero interventi day surgery e ambulatoriali strutture pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2009	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO L	Conteggio mensile ospedalizzazione domiciliare strutture pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2010	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	
MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	HSP.24 - QUADRO M	Conteggio mensile nati immaturi strutture pubbliche	DM 23 Dicembre 96 e smi DM 5 Dicembre 2011	Trimestrale	Entro 30 g dalla data di scad. Trimestre	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Direzione Sanitaria	

MODELLI DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITÀ GESTIONALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	Flusso Grandi Apparecchiature Sanitarie Strutture Pubbliche	Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate: Localizzazione, Caratteristiche, Acquisizione, Attivazione, Gestione	Dm 22 Aprile 2014 GU n. 110 del 14 maggio 2014	Entro 30 giorni dal trimestre in cui è stato svolto il collaudo	Non oltre il primo mese successivo al trimestre nel quale è stata svolta l'attività di collaudo dell'apparecchiatura. E' comunque possibile effettuare modifiche o integrazioni ai dati trasmessi non oltre il secondo mese successivo al trimestre nel quale ricade la data di collaudo.	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT / Antonietta PERRONE	
---	---	---	--	---	---	--	--	---	--

MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Conto Annuale	T1 a Personale dell'azienda sanitaria per figura professionale; T1 b Personale universitario dell'azienda sanitaria per tipologia di personale; T1 f e Fasce Retribuzione; T1 f Dirigenti medici distinti per specialità in servizio al 31/12; T1 g Strutture Posizioni Incarichi; T2 Personale con Contratto o Modalità di Lavoro Flessibile; T2 a Personale con Rapporto di Lavoro Flessibile; T3 Personale Comandato/Distaccato e Fuori Ruolo; T4 Passaggi di Ruolo/Posizione Economica/Profilo T5 Personale Cessato; T6 Personale Assunto; T7 Dipendenti per Anzianità di Servizio; T8 Dipendenti per Età; T9 Dipendenti per Titolo di Studio; T11 Giorni di Assenza; T12 Oneri per Competenze Stipendiali; T13 Oneri per Indennità e Compensi Accessori; T14 Altri Oneri che Concorrono a formare il Costo del Lavoro; T15 Fondo per la contrattazione integrativa; Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare; Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente); Schede informative	DGLS n.165 del 30/03/2001 Circolare n. 15 del 03/05/2011 della Ragioneria Generale dello Stato	annuale	Scadenza in funzione delle circolari Ministeriali.	MEF	modalità di acquisizione dei dati: "on line" direttament e sul sistema SICO	UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie /Rosario MAGRO; UOC Gestione Risorse Umane/ Dott. ssa Lucia ESPOSITO	Webmaster
--	---------------	--	--	---------	--	-----	--	---	-----------

MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	RELAZIONE CONTO ANNUALE risultati della gestione del Personale	La relazione illustra i risultati della gestione del personale.	nell'art. 60, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 - Circolare MEF N. 9 del 22/03/2011	annuale	Entro giugno dell'anno successivo a quello di riferimento	MEF	modalità di acquisizione dei dati: "on line" direttamente e sul sistema SICO	UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	Webmaster
MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Modello CE trimestrale	Modello di rilevazione del Conto Economico delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. Preventivo (cod 000 e 999)	DM 23/12/1996 e successive modifiche DM 13 nov 2007 DM 15/6/2012	trimestrale	30 aprile 31 luglio 31 ottobre 31 gennaio	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	Webmaster
MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Modello CE Preventivo annuale	Modello di rilevazione del Conto Economico delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. Preventivo (cod 000 e 999)	DM 23/12/1996 e successive modifiche DM 13 nov 2007 DM 15/6/2012	annuale	31-dic	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	Webmaster

MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Modello CE Consuntivo annuale	Modello di rilevazione del Conto Economico delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. Consuntivo (cod 000 e 999)	DM 23/12/1996 e succ modifiche DM 13 nov 2007 DM 15/6/2012	annuale	entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		UOC Gestione Risorse Economico- Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	Webmaster
MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Modello SP	Rilevazione dello stato patrimoniale	DM 23/12/1996 e succ modifiche DM 13 nov 2007 DM 15/6/2012	annuale	entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		UOC Gestione Risorse Economico- Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	Webmaster
MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Modello LA	Costi delle Aziende Sanitarie, secondo i livelli di assistenza	DM 16/02/2001	annuale	entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento (cod 000). 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento (cod 999)	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		UOC Gestione Risorse Economico- Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	Webmaster

MODELLI DI RILEVAZIONE PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI	Indagine congiunturale trimestrale	Anticipazione in modo sintetico, con riferimento a ciascun mese dell'anno corrente, alcune informazioni che il conto annuale rileverà successivamente per l'intero anno (assunzioni e cessazioni del personale a totale carico). I dati comunicati in sede di monitoraggio devono essere coerenti con quelli del conto annuale e quindi per la sua predisposizione, qualora non diversamente specificato, deve farsi riferimento alle istruzioni relative al conto annuale.		Trimestrale	10 aprile 10 luglio 10 ottobre 10 gennaio	MEF (invio telematico piattaforma SICO)	modalità di acquisizione e dei dati: "on line" direttamente e sul sistema SICO	UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso CO	Consumo dei farmaci (consumi ospedalieri)	DM 4 feb 2009	mensile	entro il 15° giorno del mese successivo a quello di erogazione del farmaco.	Piattaforma Sinfonia	Elettronica su piattaforma SORESA	UOC Farmacia Centralizzata / Dott.ssa Antonietta VOZZA	

FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso DM-Contratti	Flusso Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici direttamente acquisiti Tracciato contratti	DM 11.6.2010	trimestrale	entro il 20 del mese successivo al trimestre di riferimento	Estrazione dati in SIAC ed invio a Sinfonia (In precedenza era: via email in Regione Campania - settore farmaceutico)		UOC Gestione Acquisizione Beni e Servizi / Dott. Salvatore BUONAVOLO NTA'	
FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso DM-Consumi	Flusso Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici Tracciato consumi	DM 11.6.2010	trimestrale	entro il 20 del mese successivo al trimestre di riferimento	Piattaforma Sinfonia		UOC Farmacia Centralizzata / Dott.ssa Antonietta VOZZA	
FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso EMUR	Comunicazione delle prestazioni erogate in Emergenza-Urgenza tramite PSWEB	DM 17/12/2008 art. 8 comma 2 , Decreto n 23605 del 23/12/2009, Decreto Commissariale n. 49/2010	mensile	entro il mese succ al periodo di riferimento	SORESA		DAI Materno Infantile	
FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso SISTRA	Sistema Informativo Servizi Trasfusionali (emovigilanza, sorveglianza epidemiologica dei donatori, reazioni trasfusionali, ecc)	Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 - DGRC 253 del 12 marzo 2010	annuale	entro il 28 febbraio dell' anno successivo come da indicazioni del Centro nazionale sangue	SISTRA-Centro Nazionale Sangue		Dai Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	

FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso SISTRA	Sistema Informativo Servizi Trasfusionali. Comunicazione dei dati di attività (produzione e consumo emazie)	Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 - DGRC 253 del 12 marzo 2010	mensile	entro il 5 del mese successivo a quello di riferimento c/o Centro Regionale Sangue	SISTRA-Centro Nazionale Sangue		Dai Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	
FLUSSI NSIS ANALITICI	Flusso SIT	Sistema Informativo donazioni e Trapianti	Legge 1 aprile 1999 n. 91 L.R. n.24 del 19/12/2006	annuale	31/12	Invio alle ACRT di competenze delle varie dichiarazioni di volontà rilasciate dagli utenti		Direzione Sanitaria	
ART. 50 OBBLIGHI INFORMATIVI CONNESSI AL PROGETTO TESSERA	Progetto Tessera Sanitaria-SPA	Invio dei dati alla Sogei relativi alle prestazioni con impegnativa - Lo SPA viene incrociato con Cod. Ricetta (RIC) con Anagrafe dei Medici (SAM), con l'Anagrafe Assistiti (SAA) e con quella degli Esenti x Motivi Sanitari (SEA).	ART. 50 Legge 326 del 2003 e s.m.i	mensile	entro il 5 del mese successivo	MEF		Direzione Sanitaria	
FLUSSI DELLA SALUTE E DELLA DONNA	Mod. D.11 – Aborti Spontanei	Aborti Spontanei	Circolare n. 31/del 06/11/2007	mensile	Entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento	ISTAT		DAI Materno Infantile	

FLUSSI DELLA SALUTE E DELLA DONNA	Certificazione per interro materiale abortivo	Aborti Spontanei		ad evento (massimo entro 48-72 ore)		ASL NA1 - Servizio di medicina legale (certificato per interro materiale abortivo)		DAI Materno Infantile	
FLUSSI DELLA SALUTE E DELLA DONNA	Mod. D. 12: IVG	Interruzione Volontaria di Gravidanza	L. 195 e Circolare n. 45 del 12/11/02, Circolare n.34 del 06/11/ 2007	ad evento	ad evento	ISTAT per il tramite della Regione		DAI Materno Infantile	
FLUSSI DELLA SALUTE E DELLA DONNA	Mod. D. 14: Indagine aborto spontaneo	Indagine aborto spontaneo	L. 195 e Circolare n. 45 del 12/11/02, Circolare n.34 del 06/11/ 2007	mensile	entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento	ISTAT		DAI Materno Infantile	
FLUSSI NSIS ANALITICI	CEDAP Flusso informativo - SCHEDA MADRE	Certificati di Assistenza al Parto	DM 16 lug 2001 n 349 circ Min Salut n. 15 del 19/12/01	ad evento	entro il 10° giorno dalla nascita del neonato	Sinfonia Soresa - screening neonatale		DAI Materno Infantile	
FLUSSI NSIS ANALITICI	CEDAP Flusso informativo - SCHEDA NEONATO	Certificati di Assistenza al Parto	DM 16 lug 2001 n 349 circ Min Salut n. 15 del 19/12/01	ad evento	entro il 10° giorno dalla nascita del neonato	Sinfonia Soresa		DAI Materno Infantile	
FLUSSI ADEMPIMENTI LEA	Rilevazione ex ante Tempi di Attesa (settimana indice aprile e ott) DGRC 271/2012	Tempi di Attesa	DGRC 271/2012 e successive modificazioni integrazioni	semestrale	15 maggio e 15 novembre	SORESA/REGIONE CAMPANIA		Direzione Sanitaria	

FLUSSI ADEMPIMENTI LEA	Monitoraggio ex post dei Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Istituzionali e Intramoenia	Tempi di Attesa	DGRC 271/2012 e successive modificazioni integrazioni	mensile	entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento	SORESA/REGIONE CAMPANIA		Direzione Sanitaria	
FLUSSI ADEMPIMENTI LEA	Monitoraggio ex post delle Liste di attesa dei ricoveri	Tempi di Attesa	DGRC 271/2012 e successive modificazioni integrazioni	mensile	entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento	SORESA/REGIONE CAMPANIA		Direzione Sanitaria	
FLUSSI ADEMPIMENTI LEA	Flusso ALPI e Istituzionale	Verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria	DGRC 271/2012 e successive modificazioni integrazioni	annuale	aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	SORESA/REGIONE CAMPANIA		Direzione Sanitaria	
ALTRI FLUSSI	Programmazione biennale di fabbisogno beni e servizi	Programmazione biennale di fabbisogno beni e servizi	DCA 58/2011 - L. 208/2015 - art. 21 DLgs 50/2016	annuale	entro il 30/09	invio a mezzo PEC a SORESA		UOC Gestione Acquisizione Beni e Servizi / Dott. Salvatore BUONAVOLONTA'	
ALTRI FLUSSI	Fabbisogni beni e servizi SORESA	Trasmissione fabbisogni per servizi, prodotti per informatica e materiale di consumo vario (spese economali)		su richiesta di SORESA	Entro la scadenza richiesta da SORESA	UOC Gestione acquisizione beni e servizi		UOC Gestione Acquisizione Beni e Servizi / Dott. Salvatore BUONAVOLONTA'	

ALTRI FLUSSI	Fabbisogni beni e servizi SORESA	Trasmissione fabbisogni per servizi, prodotti per informatica e materiale di consumo vario		su richiesta di SORESA	Entro la scadenza richiesta da SORESA	UOC Gestione acquisizione beni e servizi		UOC Farmacia Centralizzata / Dott.ssa Antonietta VOZZA	
ALTRI FLUSSI	Fabbisogni beni e servizi SORESA	Trasmissione fabbisogni per servizi, prodotti per informatica e materiale di consumo vario		su richiesta di SORESA	Entro la scadenza richiesta da SORESA	Piattaforma SORESA		U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT / Antonietta PERRONE	
ALTRI FLUSSI	Piattaforma GEDON	Registrazione del donatore nel Registro Regionale delle attività trapiantologiche		Ad evento trapiantologico	Ad evento trapiantologico	Regione Campania (Piattaforma GEDON)		DAI Chirurgia Generale e Chirurgie Specialistiche, dei Trapianti di Rene, Nefrologia, Cure Intensive e del Dolore	
ALTRI FLUSSI	Piattaforma IBMDR GESTIONE DONATORI	Registrazione del paziente nel Registro Regionale dei donatori di midollo		Ad evento (con avvenuta tipizzazione del donatore)	Ad evento (con avvenuta tipizzazione del donatore)	Piattaforma IBMDR GESTIONE DONATORI		DAI Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Anagrafe Prestazioni (Incarichi)	Gli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti	L.23-12-1996, n. 662, articoli 1, commi 123-131; D.Lgs.30-3-2001, n. 165, articolo 53 (testo aggiornato a seguito della L. 190/2012); Circolare n. 10/1998, 16 dicembre 1998;	Non definito	entro 15 giorni dal conferimento o dall'autorizzazione	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	

ALTRI FLUSSI	Perla PA - Anagrafe Prestazioni (compensi)	i compensi erogati nell'anno precedente, per gli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti	Circolare n. 5/1998, 29 maggio 1998; Circolare n.198/2001, 31 maggio 2001; Circolare n. 5/2006, 21 dicembre 2006; Circolare n. 2/2008, 11 marzo 2008	annuale	entro il 30 giugno di ogni anno	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Anagrafe Prestazioni (consulenti ex art. 7)	gli incarichi affidati a consulenti e collaboratori esterni nel semestre precedente		trimestrale	Entro 31/03-30/06-30/09-31/12	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Anagrafe Prestazioni (compensi consulenti ex art. 7)	i compensi erogati nel semestre precedente per incarichi a consulenti e collaboratori esterni indipendentemente dal semestre di affidamento		semestrale	entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	

ALTRI FLUSSI	Perla PA - Flusso automatico permessi ex legge 104/92	Flusso automatico generato dal sistema IRISWIN permessi ex legge 104/92	Art. 24 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010	annuale	31 marzo dell'anno successivo	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Alimentazione GEDAP	Aspettative e permessi sindacali	articolo 54 del Decreto Legislativo n. 29 del 3 febbraio 1993	annuale	31 marzo dell'anno successivo	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Procedimenti disciplinari	Rilevazione procedimenti disciplinari in corso entro 20 giorni dall'apertura della contestazione		ad evento	entro 20 giorni dall'apertura della contestazione	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Flusso eventi sentinella	Eventi sentinella		annuale	Entro 45 giorni dall'evento	piattaforma NSIS		Direzione Sanitaria	

ALTRI FLUSSI	Flusso studio di prevalenza delle infezioni	Studio di prevalenza delle infezioni		Nessuna	Nessuna	Icaaro web		Direzione Sanitaria	
ALTRI FLUSSI	Flusso SIMES	Denunce sinistri	art. 2 comma 4 del DM 11 dicembre 2009	annuale	Entro il 31 gennaio successivo all'anno di riferimento	Ministero della Salute (Caricamento su piattaforma NSIS)		Staff della Direzione Strategica - I.O. Affari Legali / Dott.ssa Cecilia NUNZIATA	
ALTRI FLUSSI	Alimentazione Piattaforma LEGAL APP	Monitoraggio fondo rischi relativo al contenzioso aziendale	DECRETO n. 148 del 24.12.2014 e successive modificazioni/integrazioni	trimestrale	Entro i termini di presentazione del CE consuntivo trimestrale	Regione Campania - LEGAL APP		Staff della Direzione strategica - I.O. Affari Legali / Dott.ssa Cecilia NUNZIATA; UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Flusso A.N.A.C (ex AVCP)	Pubblicazione annuale dell'elenco contratti stipulati dall'azienda	L.190/2012, art.1, comma 32	annuale	Entro il 31 gennaio successivo all'anno di competenza	A.N.A.C		UOC Gestione Acquisizione Beni e Servizi / Dott. Salvatore BUONAVOLONTA'	
ALTRI FLUSSI	Flusso MEF (in automatico dopo implementazione del web service)	Pagamenti Fatture		mensile	Contestuale ai pagamenti	MEF		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	

ALTRI FLUSSI	Flusso MEF - Pagamento Iva Split	Pagamento Iva Split		mensile	entro il 16 del mese successivo	MEF		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Versamenti IVA Telematici	Versamenti periodici IVA		mensile	entro il 16 del mese successivo	Agenzia delle Entrate		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Versamenti Imposte dirette e indirette Telematici	Versamenti periodici imposte dirette e indirette		mensile	entro il 16 del mese successivo	Agenzia delle Entrate		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Dichiarativi fiscali (CU-LI.PE.-Modello IVA-Modello Irap-Modello 770-Modello Unico)			annuale	30/04 (IVA) 31/10 (IRAP E UNICO) 30/09 (770) 28/02 e 30/09 (spesometro) , 28/02-31/05-17/07-30/09 (liquidazione iva)	Agenzia delle Entrate		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Fluso INAIL	Autoliquidazione INAIL		annuale	16 febbraio	Inail		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	

ALTRI FLUSSI	Flusso DMA (Comunicazioni mensili Denunce Mensile Analitiche contributive INPS/Inpdap)	Denunce mensili analitiche all'INPS dei contributi previdenziali		mensile	30 del mese successivo a quello di riferimento	INPS (Piattaforma INPS)		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Flusso Equitalia	Verifica art. 48 bis DPR 722/1970 pagamenti importo superiore a 5.000 euro dal 01/03/2018		giornaliero	giornaliero	Equitalia		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie / Dott. Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	DALIA (Dati Liquidato Atenei Italiani)	Personale docente e ricercatore e personale di comparto (personale universitario)	Invio da parte dell'Università Federico II (ref. Paola POLLIO)	mensile	Entro il 27 del mese successivo al mese di riferimento	Piattaforma DALIA		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Modello SISTAN ed ISTAT - Comparto SSN	Indagine statistica sull'andamento dell'occupazione e delle spese del personale degli enti locali		trimestrale	7 aprile 7 luglio 7 ottobre 7 gennaio	ISTAT		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	Flusso Ministero del Lavoro e Politiche Sociali	Lavoro Usurante art.2 comma 5 D.Lgs. 67/2011		annuale	Entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento	Invio telematico su sito del Ministero del Lavoro		UOC Gestione Risorse Umane / Dott.ssa Lucia ESPOSITO	
ALTRI FLUSSI	COBUS (CRS - Centro Regionale Sangue e Regione)	Rapporto annuale attività comitato con proposte operative		annuale	non definito	Relazioni cartacee in Regione Campania - UOD Assistenza ospedaliera		Direzione Sanitaria	

ALTRI FLUSSI	Qualità plasma (Kedrion SPA + Takeda SPA)	Qualsiasi informazione che influisca sulla qualità della lavorazione del plasma conferito all'industria		Al verificarsi di eventi che comportano modifiche significative della qualità del plasma	Nel più breve tempo possibile	KEDRION SPA; TAKEDA SPA	Attraverso audit di seconda parte	DAI Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		D.A.I. Oncoematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologica e Medicina Legale	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		Direzione Sanitaria	

ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	

ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		Direzione Sanitaria	

ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		D.A.I. Oncoematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologica e Medicina Legale	

ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31 /07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	

ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso INAIL	trasmissione dati sorveglianza san. 81/08	Art. 41 Dlgs 81/2008	annuale	31 marzo - per l'anno 2022 la scadenza dell'invio è stata prorogata al 31/07/2022 così come predisposto dalla circolare del Ministero della Salute del 16/02/2022	TELEMATIC A SITO INAIL		DAI Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia/ Maria TRIASSI	
ALTRI FLUSSI	Flusso RIAP	trasmissione dati delle artroprotesi impiantate al Registro Italiano ArtroProtesi	DCA 168 del 30/11/2016	mensile	entro il mese successivo al mese in cui è avvenuta la dimissione	Piattaforma RaDar		DAI Chirurgia Generale, Endocrinologia, Ortopedia e Riabilitazione	

PIANI AZIENDALI/RELAZIONI	sezione "rischi corruttivi e trasparenza P.I.A.O. (incluso nel PIAO)	Aggiornamento sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	D.Lgs. 190/2013 e s.m.i.	annuale	31 GENNAIO	Aggiornamento adottato con Delibera del Direttore Generale		RPCT	Webmaster
PIANI AZIENDALI/RELAZIONI	Piano formativo annuale	Indicazione dei corsi di formazione da fare nel corso dell'anno in corso		annuale	28 FEBBRAIO	Sito AGENAS (sez. piano formativo)		Staff Direzione Strategica - I.O. Formazione Risorse Umane / Dott.ssa Isabella CONTINISIO	
PIANI AZIENDALI/RELAZIONI	sezione "Performance " PIAO (inclusa nel PIAO)	sezione "Performance " PIAO	D.Lgs n. 150/2009	annuale	31 GENNAIO	Adozione con Delibera del Direttore Generale		Staff Direzione Strategica / Resp. Dott.ssa Carla Napoli - U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione	Webmaster
PIANI AZIENDALI/RELAZIONI	Relazione sulle Performance	Relazione sulle Performance		annuale	30 GIUGNO	Adozione con Delibera del Direttore Generale		Staff Direzione Strategica / Resp. Dott.ssa Carla Napoli - U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione	Webmaster

PIANI AZIENDALI/ RELAZIONI	Relazione sulla Gestione	Relazione sulla Gestione allegato al Bilancio Consuntivo Annuale		annuale	30 APRILE	Allegato al CE e SP annuale		Direttore UOC Gestione Risorse Economico Finanziarie	
PIANI AZIENDALI/ RELAZIONI	Relazione di gestione previsionale	Relazione accompagnatoria al bilancio previsionale annuale e pluriennale		annuale	31 DICEMBRE	Allegato al Bilancio di previsione annuale		Direttore UOC Gestione Risorse Economico Finanziarie	
PIANI AZIENDALI/ RELAZIONI	PAC - aggiornamento	Aggiornamento stato di avanzamento PAC		trimestrale	In concomitanza alla presentazione del CE trimestrale	Direzione strategica/UO C GREF		UOC Gestione risorse economico-finanziarie/Rosario MAGRO	
ALTRI FLUSSI	Flusso STP	Elenco prestazioni a stranieri		trimestrale	15-mag	Piattaforma Nsis		Direttore UOC Gestione risorse economico-finanziarie	
ALTRI FLUSSI	Flusso monitoraggio raccomandazioni	Rischio clinico e monitoraggio raccomandazioni		annuale	Entro il 30 novembre dell'anno di riferimento	web AGENAS		Direzione Sanitaria	
ALTRI FLUSSI	Sistema di monitoraggio delle resistenze antibiotico	Sistema di monitoraggio delle resistenze antibiotico		trimestrale	31 marzo - 30 giugno - 30 settembre - 31 dicembre	piattaforma ICARO		UOSD Batteriologia e Micologia/DAI Medicina di Laboratorio e Trasfusionale	

ALTRI FLUSSI	Art. 79 SIAC	Referenti Aziendali, ai sensi dell'art. 79, comma 1 sexis, della L. 133/2008 e dell'art.2, comma 70, della L. 191/2009		a richiesta	A richiesta da parte dell'advisor	Advisor regionale		Direttore UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	
ALTRI FLUSSI	Flusso volumi attività di tesoreria	fabbisogni della gara per il "Servizio di Tesoreria Unica"		annuale	A richiesta annuale da parte di Soresa	Soresa		Direttore UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	
ALTRI FLUSSI	Perla PA - Alimentazione GEPAS	Assenze per scioperi		ad evento	ad evento	Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione (SITO PERLA PA)		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	
ALTRI FLUSSI	Spese COVID	DPGRC 51/2020		mensile	entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento	DG04 Regione Campania		Direttore UOC Gestione risorse economico-finanziarie	
ALTRI FLUSSI	Dispositivi medici	DL n.78/2015		annuale	30/06 dell'anno successivo a quello di riferimento	Ministero dell'Economia e delle Finanze		Direttore UOC Gestione risorse economico-finanziarie	
ALTRI FLUSSI	PCC (Piattaforma Certificazione Crediti)		Allineamento contabile fatturato non chiuso con mandato di pagamento	mensile		MEF		Direttore UOC Gestione risorse economico-finanziarie	

ALTRI FLUSSI	PCC (Piattaforma Certificazione Crediti)		Comunicazione stock del debito commerciale	annuale	31/01 dell'anno successivo a quello di riferimento	MEF		Direttore UOC Gestione risorse economico-finanziarie	
ALTRI FLUSSI	Adempimenti società partecipate		Quote di partecipazione e dati societari	annuale	31/05 dell'anno successivo a quello di riferimento	Portale Tesoro		UOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Webmaster
FLUSSI COVID	Deceduti COVID	Dati e documenti deceduti Covid		ad evento		ISS e Asl Napoli2 (a mezzo email)		Direzione Sanitaria	
FLUSSI COVID	Posti letto COVID	Posti letto attivi per ricoveri Covid		giornaliero		Nsis		Direzione Sanitaria	
ALTRI FLUSSI	Reportistica trimestrale DCA 67/2019	Resportistica gestionale	DCA 67/2019	trimestrale	a richiesta	Regione Campania		Staff Direzione Strategica / Resp. Dott.ssa Carla Napoli - U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Valutazione	
ALTRI FLUSSI	Matricole COVID	Personale con data inizio e fine ingaggio legata all'attività COVID	DCA 53/2019 e 55/2019	trimestrale		Piattaforma SINFOPERS		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	

ALTRI FLUSSI	Personale	Dati del personale dipendente (Tempo Determinato e Indeterminato) e Specialisti Ambulatoriali: dati anagrafici, inquadramento/rapporto di convenzione, CRIL, ore lavorate, trattamento economico	DCA 53/2019 e 55/2019	trimestrale		Piattaforma SINFOPERS		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	
ALTRI FLUSSI	Monitoraggio oncologica - Rilevazione dati ROC (Rete Oncologica Campana)	Organizzazione percorsi, temedicina, esenzioni 048, nr pazienti sottoposti a interventi chirurgici, radioterapia, chemioterapia endovenosa ed orale, visite oncologie		mensile	a richiesta	Regione Campania		Direzione Sanitaria	
ALTRI FLUSSI	Attestazioni OIV o struttura analoga	Documenti di attestazione rilasciati dall'OIV Griglie di rilevazione						OIV	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Titolari di incarichi dirigenziali	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti generali e non generali)		tempestivo				UOC Gestione Risorse Umane	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori		tempestivo				UOC Gestione Risorse Umane	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice			tempestivo				Direzione Strategica/UOC Gestione Risorse Umane	Webmaster

ALTRI FLUSSI	Bandi di Concorso			tempestivo				UOC Gestione Risorse Umane	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi ▶ Affidamento di lavori, forniture e servizi ▶ Aggiudicazione bandi di gara ▶ Concorsi e prove selettive ▶ Convenzioni tra l'A.O.U. ed altri Enti/Strutture		semestrale				UOC Acquisizione beni e servizi	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio		tempestivo				UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Controlli e rilievi sull'amministrazione	Attestazione dell'OIV Documento dell'OIV di validazione Relazione sulla Performance Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione		Annuale				OIV	Webmaster

ALTRI FLUSSI	Liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tempi medi di attesa prestazioni ambulatoriali ▶ Tempi di attesa per accesso alle prestazioni in regime istituzionale ed ALPI ▶ Tempi di attesa per ricoveri ordinari e day hospital/day surgery relativi alle prestazioni "traccianti" ▶ Indice di Performance Ambulatoriali Prestazioni traccianti 		tempestivo				Direzione Sanitaria	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del S.S.N. Indicatore di tempestività dei pagamenti		Annuale				UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Accesso civico	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accesso civico "semplice", ▶ Accesso civico "generalizzato", ▶ Potere sostitutivo, ▶ Registro degli accessi 		Tempestivo				RPCT/strutture competenti	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Dati ulteriori	Procedure disciplinari						UOC Gestione Risorse Umane	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Dati ulteriori	Adempimenti legge 24/2017						Affari Legali	Webmaster
ALTRI FLUSSI	Dati ulteriori	Relazione annuale consuntiva su eventi avversi, cause e conseguenti iniziative							Webmaster



ALTRI FLUSSI	Dati ulteriori	Dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio						UOC Affari Legali	Webmaster
-------------------------	----------------	---	--	--	--	--	--	----------------------	-----------

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La presente sottosezione descrive il modello e l'assetto organizzativo delle strutture dell'A.O.U. Federico II, nonché i dati aggregati relativi al personale.

Il modello organizzativo di riferimento per l'A.O.U. è quello dipartimentale ad attività integrata. Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno tre per ogni D.A.I., ai sensi del vigente Protocollo d'intesa, strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), Programmi Infradipartimentali di I e II Fascia, ed incarichi di alta specializzazione (II.AA.SS.).

Le strutture organizzative sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strumentali, finalizzate allo svolgimento di funzioni di:

- amministrazione;
- programmazione;
- produzione di prestazioni e servizi sanitari.

Esse sono caratterizzate da una valenza strategica ed una complessità organizzativa anche ai fini della loro graduazione.

La valenza strategica è definita:

- dal livello di interfaccia con istituzioni oppure organismi esterni all'Azienda;
- dalla rilevanza quali-quantitativa e dal volume delle risorse da allocare;
- dalla rilevanza del problema a cui si intende dare risposta;
- dal livello di intersectorialità, che caratterizza gli interventi e, in particolare, dalla capacità di entrare in sinergia con i compiti, le funzioni e le finalità delle altre strutture operative, superando il principio tradizionale delle separazioni settoriali.

La complessità organizzativa è definita da:

- numerosità ed eterogeneità delle risorse professionali;
- dimensionamento tecnologico;
- riconducibilità delle competenze e conoscenze a discipline definite;
- costi di produzione;
- beni immobili e mobili.

Le risorse umane e strumentali possono essere attribuite esclusivamente ai D.A.I., alle UU.OO.CC. e alle UU.OO.SS.DD ed ai Programmi Infradipartimentali di I e II Fascia.

La dotazione di posti letto è determinata dal Piano Ospedaliero Regionale, di cui al DCA n. 33/2016 e ss.mm.ii. e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al DCA n. 48/2016 che attribuiscono all'A.O.U. Federico II n. 829 posti letto nonché dalla Disposizione Commissariale n. 484 del 12.01.2017 che ha attribuito ulteriori n. 25 posti letto all'A.O.U. Federico II rispetto a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa 2016/2018 per un totale di n. 854 posti letto di cui n. 3 soppressi con DCA n. 103/2018.

Successivamente sono stati assegnati n. 9 posti letto dal D.G.R.C. n. 378 del 23.07.2020, di cui:

- n. 4 di Terapia Intensiva (codice 49)
- n. 5 di Neuropsichiatria Infantile (codice 33).

Risultano, quindi, complessivamente un totale di n. 860 posti letto.

Il precedente Protocollo d'intesa 2011-2013 attribuiva all'A.O.U. n. 936 posti letto.

Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 76 posti letto.

Il modello organizzativo al 31.12.2022

I vigenti Atto aziendale e POFA dell'A.O.U. Federico II sono stati adottati con Delibera n. 229 del 28/03/2017 e approvati con DCA n. 25 del 30/03/2017.

La ridefinizione dei D.A.I. e delle UU.OO.CC. previste dal suddetto atto aziendale porta ad una riduzione numerica (i D.A.I. si riducono da 13 ad 11 e le U.O.C. da 69 a 61), contestuale ad una razionalizzazione, basata sulla combinazione di tre elementi:

- affinità culturale delle diverse aree cliniche riunite all'interno dei D.A.I. (che ha importanti ricadute sullo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca scientifica e sull'efficacia stessa delle prestazioni di diagnosi e cura anche in termini di contenimento dei costi);
- razionalizzazione dei percorsi clinico-assistenziali sulla base delle tipologie di pazienti che accedono all'A.O.U.;
- aspetti logistici, quali ad esempio la contiguità di edifici o delle strutture.

L' A.O.U. Federico II con Delibera n. 1045 del 06.12.2022 e n. 1054 del 07.12.2022 ha approvato l'intero organigramma del nuovo assetto dei D.A.I. e dell'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi ed ha attivato le Unità Operative Complesse tecnico-amministrative "Affari Legali" e "Programmazione e Controllo di Gestione"

Tabella 7. Strutture organizzative A.O.U. Federico II ¹

Strutture	Numero
D.A.I.	11
U.O.C. amministrative	9
U.O.C. sanitarie (**)	61
U.O.S.	47
U.O.S.D.	33
Programmi (I Fascia)	52
Programmi (II Fascia)	43

¹ (*) Aggiornamento al 31/12/2022 - (**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

Inoltre, l'A.O.U. ha istituito i Programmi così come previsto dall'art. 5 c. 4 del D. Lgs. n. 517/99, che detta: "Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il Direttore Generale, sentito il Rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione."

Tabella 8. Dipartimenti assistenziali ad attività integrata (D.A.I.) al 31/12/2022

D.A.I.
Materno Infantile
Rete Tempo Dipendente: Stroke, Urgenze Chirurgiche e Trauma
Area Dipartimentale delle Specialità Ambulatoriali e di Ricovero Testa-Collo
Anestesia, Nefrologia, Chirurgie Specialistiche, Cure Intensive e del Dolore
Scienze Cardiovascolari, Diagnostica per Immagini e Rete Tempo Dipendente delle Emergenze Cardiovascolari
Chirurgia Generale, dei Trapianti e Gastroenterologia
Patologia Clinica, della Diagnostica di Laboratorio e di Virologia
Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia e Nutrizione
Medicina Interna e della Complessità Clinica
Malattie Onco-Ematologiche, Anatomia Patologica e Malattie Reumatiche
Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia
Medicina di Laboratorio e Trasfusionale

Non meno importante è la struttura organizzativa dell'apparato burocratico amministrativo. Infatti, per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche è identificata l'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, che ricomprende le strutture organizzative, amministrative e tecniche dell'Azienda.

L'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi avente una struttura gerarchica, favorisce lo svolgimento di una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. Opera nell'ambito degli indirizzi, prescrizioni e programmi del Direttore Amministrativo con il compito di realizzare uno stretto raccordo delle strutture organizzative centrali e periferiche per l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

Tabella 9. Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico - Amministrativi

	U.O.C.	U.O.S.	U.O.S.D.
AREA DIPARTIMENTALE DEI SERVIZI TECNICO- AMMINISTRATIVI	Gestione Acquisizione Beni e Servizi	Programmazione Acquisti	
	Gestione Affari Generali	Convenzioni e Contratti	
	Gestione Risorse Umane	Coordinamento giuridico e trattamento economico	
	Gestione Patrimonio Edile/Tecnicoimpiantistico	Gestione patrimonio edilizio, art.20	
	Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Gestione Bilancio e rendicontazione - Gestione amministrativa e programmazione finanziaria	
	Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro	Gestione delle Emergenze e Prevenzione Incendi	
	Programmazione e Controllo di Gestione	Valutazione	
	Affari Legali		
	Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT	Acquisizione Beni e Servizi Tecnologici	
			Coordinamento Segreteria della Direzione Strategica

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'A.O.U. definita: – in base agli artt. 2 e 3 del vigente Protocollo d'intesa Regione/Università; – in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca; – del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015; – del Decreto del Commissario ad Acta Regione

Campania n. 67 del 14/07/2016; – del Decreto della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020. Nel calcolo della forza lavoro attiva, si ricorre alla metodologia del full time equivalent (equivalenza rispetto all’orario di lavoro a 36-38 ore) in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore dell’Università il cui monte orario assistenziale è stato fissato in ore 26, con Decreto Rettorale n.3004 del 25/09/2012 e successivamente modificato con Decreto Rettorale n. 2121 del 12/06/2013.

Tabella 10. Dotazione Organica al 31.12.2022

	Tecnico sanitario		a-Dirigenti Medici		b-Dirigenti sanitari non medici		c-Dirigenti tecnici-professionali-amministrati		d-Infermieri		e-Amministrativi		f-Tecnici non sanitari		g-Tecnici sanitari		h-Ausiliari		null		Totale	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	6	6,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	11	11,0
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	0	0,0	1	1,0	7	5,7	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	8	6,1	0	0,0	0	0,0	17	13,8
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	6	6,1	7	7,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	15	14,3
Contrattisti storici	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Dotazione Universitaria	0	0,0	371	251,8	44	32,3	16	15,5	226	225,7	80	79,3	29	29,0	30	29,5	8	8,0	1	0,6	805	671,6
Dotazione a tot. carico Aziendale	1	1,0	179	179,0	32	32,0	6	6,0	595	593,7	72	71,2	57	57,0	97	97,0	171	171,0	12	12,0	1.222	1.219,9
Ex-Gettonati	0	0,0	33	30,9	4	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	34,9
Specialista Ambulatoriale	0	0,0	93	84,3	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	95	86,1
TD CO.CO.CO.	0	0,0	20	20,0	0	0,0	0	0,0	72	68,2	7	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	99	94,8
r-Altre Convenzioni	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	39	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	0,7
Totale	1	1,0	703	570,9	89	75,8	22	21,5	906	900,7	168	165,1	125	86,0	136	133,6	180	180,0	14	13,6	2.344	2.148,1

La dotazione organica nell'anno 2022 ha subito variazioni tenuto conto anche dell'emergenza COVID-19 (e quindi della necessità di disporre di personale sanitario dedicato) e del mancato rinnovo del personale in convenzione con agenzie interinali con conseguente incremento della Dotazione a totale carico Aziendale in virtù delle molteplici procedure concorsuali espletate.

Tabella 11. Variazione dotazione organica biennio 2021 – 2022

	Al 31/12/2021		Al 31/12/2022		variazione dotazione organica	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	17	17,0	11	11,0	-35%	-35%
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	23	18,2	17	13,8	-26%	-24%
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	46	45,3	15	14,3	-67%	-68%
Contrattisti storici	6	6,0	1	1,0	-83%	-83%
Dotazione Universitaria	817	654,6	805	671,6	-1%	3%
Dotazione a tot. carico Aziendale	1.096	1093,0	1.222	1.219,9	11%	12%
Ex-Gettonati	64	61,9	37	34,9	-42%	-44%
Specialista Ambulatoriale	99	90,7	95	86,1	-4%	-5%
TD CO.CO.CO.	114	109,3	99	94,8	-13%	-13%
r-Altre Convenzioni	25	0,6	42	0,7	68%	21%
Totale	2.315	2.104,70	2.344	2.148,10	1%	2,1%

3.2 Organizzazione del lavoro agile

La presente sottosezione definisce le strategie e le linee di indirizzo attuate per l'applicazione del lavoro agile.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in poi POLA) è previsto dall'art.263 della del D.L. n. 34 del 19.5.2020 coordinato con la Legge di conversione n.77 del 17 luglio 2020, è redatto sulla base delle Linee Guida sul Pola pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, nel dicembre 2020.

Il POLA, dal 2022, ai sensi dell'art. 6 del *D.L. 80/2021 convertito in L. 113/2021 e ss.mm.ii.*, fa parte, unitamente ad altri documenti programmatori dell'Azienda, del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO).

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Ospedaliera Universitaria ha caratteristiche differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso dell'AOU, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda (circa 2.200 dipendenti di cui circa 1.800 del ruolo sanitario) che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, svolge attività adeguate a poter essere operativamente compiute in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato. In Azienda, la fase emergenziale dovuta alla pandemia da Covid 19, iniziata a febbraio 2020, ha determinato la conseguente la fase di avvio del lavoro agile nel corso della primavera dello stesso anno, non avendo prima mai sperimentato tale opzione.

Normativa di riferimento

- **Legge 124 del 7 agosto 2015** (Legge Madia) Art. 14 “*Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche*”;
- **Direttiva 3 del 1 giugno 2017** del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti*;
- **Legge 81 del 22 maggio 2017** Capo II *Lavoro agile*
- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** ad oggetto “*Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative*”;
- **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** ad oggetto “*Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti*”;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020** Art. 2 *Lavoro agile*;
- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto “*Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPAA di cui all'art.1 D., Lgs165/2001*” - Art. 3 “*Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa*”;

- **Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante “Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid 19” – Art. 2 “Le misure dell’art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa”;*
- **D.L. 18/2020 Cura Italia:** conferma accesso semplificato allo smart working fino a fine emergenza;
- **Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni” – Art. 2 “Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due” e Art. 3 “Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”;*
- **D.L. 34 del 18 maggio 2020** ad oggetto *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché alle politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19” - Art. 90 “Lavoro agile” e Art. 263 “Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”;*
- **Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020** che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione;
- **Legge 77 del 17 luglio 2020:** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri:** Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni;
- **Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”** del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020;
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020:** Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale;
- **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance** della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020:** Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»;
- **D.L. 52/2021 coordinato con L. di conversione n. 87/2021: Art. 11 bis;**
- **D.L. 56/2021 Decreto riaperture:** proroga smart working per le PPAA fino a fine 2021;
- **D.L. 80/2021 coordinato con Legge di conversione n. 113/2021** recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa della PP.AA. funzionale all’attuazione del PNRR e per l’efficienza della giustizia” – Art. 6: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione;*
- **DPCM 23 settembre 2021,** relativo al ritorno della modalità in presenza quale modalità ordinaria di lavoro;
- **D.M. 8 ottobre 2021;** relativo, tra l’altro, alle modalità organizzative per il rientro in presenza e alle condizioni nel cui rispetto deve essere autorizzato in lavoro agile;
- **Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità Agile del 7 dicembre 2021;**

- **Linee guida del 4 gennaio 2022** in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della PP.AA. ai sensi dell'art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. 8.10.21;
- **Circolare del 5 gennaio 2022** ad oggetto "Lavoro agile" del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, rimodula con flessibilità le misure in concomitanza del ricuirsi della pandemia;
- **Legge 52/2022** di conversione del D.L. 24/2022 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza".

Circolari Aziendali

A seguito dell'insorgere della pandemia da Covid 19 e della copiosa normativa emergenziale, l'A.O.U. ha emanato diverse direttive e circolari in materia di lavoro agile, adeguando le disposizioni interne alle modifiche via via intervenute.

- **Prot. n. 4005 del 13/03/2020:** Emergenza da Covid-19 – Disposizioni in materia di Organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 4230 del 17/03/2020:** Emergenza da Covid-19 - Ulteriori disposizioni in materia di organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 4602 del 23/03/2020:** D.L.18/2020 – Ulteriori disposizioni in materia di organizzazione del lavoro per emergenza da covid-19;
- **Prot. n. 4758 del 25/03/2020:** Informativa sulla salute e sicurezza nel Lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L.81/2017;
- **Prot. n. 4759 del 25/03/2020:** Lavoro Agile;
- **Prot. n.5960 del 15/04/2020:** Comunicazione di prosecuzione del ricorso al lavoro agile fino al 3 maggio 2020...;
- **Prot. n.17369 del 06/11/2020:** Emergenza da Covid-19 – Disposizioni in materia di Organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 16521 del 26/10/2020:** Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 19/10/2020 – Lavoro Agile;
- **Prot. n. 14268 del 02/07/2021:** Ulteriori disposizioni in materia di lavoro agile e di Ferie;
- **Prot. n. 26369 del 19/10/2021:** D.P.C.M. 23/09/2021 – Misure in materia di lavoro agile;
- **Prot. n. 7611 del 16/02/2022:** Decreto Interministeriale 04/02/2022 – Individuazione delle patologie croniche – lavoro agile fino al 28/02/2022;
- **Prot. n. 10144 del 03/03/2022** Decreto Interministeriale 04/02/2022 – Individuazione delle patologie croniche D.L. 221/2022 convertito con modifiche dalla L.11/2022– lavoro agile fino al 31/03/2022.

Dopo l'ultimo provvedimento sopra citato, non sono state emanate ulteriori disposizioni interne in quanto il lavoro agile è stato svolto esclusivamente dai "soggetti fragili" sulla base di quanto già regolamentato all'interno dell'A.O.U. nonché di quanto previsto da provvedimenti successivi di rango nazionale.

Lavoratori agili in Azienda

Di seguito l'evoluzione del personale in smart working a partire da aprile 2020, fino a dicembre 2022:

Tabella 12.

Progressione Smart Working	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 30/04/2020	Dipendenti in smart working	%	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 30/06/2020	Dipendenti in smart working	%	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 31/12/2020	Dipendenti in smart working	%
Ruolo sanitario	1470	39	2,7 %	1463	29	2,0 %	1465	44	3,0 %
Ruolo amministrativo	128	48	37,5 %	126	42	33,3 %	121	70	57,9 %
Ruolo tecnico professionale	144	7	4,9 %	152	7	4,6 %	168	22	13,1 %
Totale	1742	94	5,4 %	1741	78	4,5 %	1754	136	7,8 %

Tabella 13.

Progressione Smart Working	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 30/06/2021	Dipendenti in smart working	%	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 31/12/2021	Dipendenti in smart working	%	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 31/12/2022	Dipendenti in smart working	%
Ruolo sanitario	1460	23	1,6 %	1540	18	1,2 %	1602	3	0,2 %
Ruolo amministrativo	119	51	42,9 %	147	27	18,4 %	160	15	9,4 %
Ruolo tecnico professionale	163	17	10,4 %	229	5	2,2 %	265	0	0,0 %
Totale	1742	91	5,2 %	1916	50	2,6 %	2027	18	0,9 %

Disciplina generale

Il lavoro agile rappresenta uno strumento e non una tipologia contrattuale, per cui al dipendente in lavoro agile si applica la disciplina vigente per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (Comparto e Dirigenza) per quanto attiene ai diversi istituti (malattia, ferie, aspettativa ecc.). Non è, invece, previsto durante le giornate di lavoro agile, il riconoscimento di prestazioni straordinarie, aggiuntive, indennità notturne e festive né spetta il buono pasto.

Al dipendente in lavoro agile restano applicabili le norme sull'incompatibilità di cui all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i., nonché di cui al Regolamento aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 944 del 29/12/2017.

Il dipendente in lavoro agile è soggetto al rispetto del vigente Codice di comportamento e dei vigenti Regolamenti disciplinari e all'applicazione delle sanzioni ivi previste.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile non penalizza la professionalità e la progressione di carriera del personale.

Attività che possono essere svolte in modalità agile

Possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;
- siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Criteri di assegnazione del lavoro agile

Il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 8.10.2021 stabilisce e le successive Linee guida confermano le seguenti condizioni per il ricorso al lavoro agile:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
 - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 - le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Qualora siano presentate richieste in numero ritenuto non sostenibile a livello organizzativo, si adottano i seguenti criteri, in base ai quali i responsabili di Struttura possono redigere una graduatoria:

- personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone, come da normativa vigente o soggetti in situazioni fisiologiche particolari (es. gravidanza) o definite a rischio;
- lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 T.U.151/2001
- situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro;
- esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 16 anni;
- maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa.

Modalità di accesso al Lavoro agile: l'accordo individuale

Il dipendente interessato a svolgere l'attività in lavoro agile è tenuto a sottoscrivere apposito "Accordo" con il proprio Responsabile.

L'Accordo, **Allegato A** al presente Piano, dovrà essere trasmesso, unitamente all'allegato B, firmati per accettazione dal dipendente, alla U.O.C. Gestione Risorse Umane delle all'indirizzo: **serviziopersonale.aou@unina.it**.

L'Accordo deve indicare:

- la durata (determinata o non determinata) del periodo di smart working;
- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, con indicazione delle giornate di lavoro a distanza;
- le attività da svolgere;
- gli obiettivi generali e specifici da perseguire;
- tempi di riposo e modalità per assicurare la disconnessione;
- le fasce di reperibilità concordate con il responsabile;
- le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- le modalità di recesso;

L'U.O.C. Gestione Risorse Umane, nell'ambito della gestione amministrativa:

- riceve, verifica e archivia gli accordi individuali ricevuti;
- inserisce sulla procedura presenze IRISWIN la relativa autorizzazione;
- effettua le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
- verifica le percentuali di lavoratori in regime di smart working secondo gli aggiornamenti normativi sul punto;
- supporta le Direzioni di Struttura nel far fronte ad eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere.

Il Dirigente responsabile di Struttura del dipendente in smart working:

- garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
- organizza il proprio ufficio, anche rivedendo i processi di competenza ed effettuando un'analisi organizzativa, nell'ottica di un miglioramento continuo e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati.

In ogni caso il dipendente è tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2019, del D.lgs. 196/2003, e del D.lgs. 10/2018 e ss.mm.ii. in materia di Privacy e protezione dei dati personali.

Tutela della salute

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 es.m.i. "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" e della L. 81/2017 es.m.i. "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato".

Il datore di lavoro fornisce al lavoratore, avvalendosi della consulenza del Servizio Prevenzione e Protezione, le informazioni circa le eventuali situazioni di rischio, anche in riferimento al

corretto utilizzo dell'impianto elettrico e alle relative misure di tutela della salute e sicurezza adottate e da adottare nell'ambito dello svolgimento del lavoro agile.

E' responsabilità del dipendente in lavoro agile individuare la sede e la postazione lavorativa più adeguate per lo svolgimento della propria attività lavorativa che, tenuto conto delle mansioni svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, rispondano a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e siano quindi conformi all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio l'incolumità del dipendente, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento delle proprie mansioni e rispondano a parametri di sicurezza sul lavoro indicati dall'Amministrazione.

Allo stato, non potendo garantire la necessaria sicurezza informatica nello svolgimento di prestazioni da remoto che consentano l'accesso in sicurezza agli applicativi aziendali e non potendo fornire ai dipendenti le apparecchiature informatiche necessarie allo svolgimento della prestazione in smart working, il lavoro agile è limitato ai soli soggetti in condizione di fragilità secondo la normativa vigente. Tali soggetti, per ragioni di sicurezza, utilizzano le proprie apparecchiature informatiche e non hanno accesso agli applicativi aziendali da remoto.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

La presente sottosezione contiene il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2021/2023 – Adozione provvisoria – adottato con Del. n. 479 del 17/05/2022 e n. 605 del 29/06/2022, approvato in via definitiva con Del. n. 727 del 21.09.2022.

Il D.Lgs 165/01 e s.m.i., agli artt. 6 e 6-ter, come novellati dall'art. 4 del D.Lgs n.75 del 2017, ha stabilito che le Aziende e gli Enti del S.S.N. adottino il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi del succitato art. 6 ter, come da ultimo modificato dal D.L. 30 aprile 2022, n. 36.

L'A.O.U. rientra fra quelle di cui all'art. 2 del D. Lgs n. 517/1999. Il Protocollo d'Intesa attualmente vigente, approvato con Decreto n. 48 del 10 giugno 2016, stipulato dall'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Regione Campania definisce, per il triennio di riferimento, gli obiettivi dell'AOU, individua le risorse umane disponibili per lo svolgimento delle attività assistenziali (costituite dal contingente di personale messo a disposizione dall'Università per le esigenze assistenziali, ivi incluso il personale docente e ricercatore con funzioni assistenziali, nonché il personale reclutato autonomamente dall'A.O.U. con oneri a carico del Bilancio aziendale) ed i finanziamenti erogati, rispettivamente, dalla Regione Campania e dall'Università degli Studi Federico II.

Con Deliberazioni n. 479 del 17/05/2022 e n. 605 del 29/06/2022, questa Azienda ha adottato in via provvisoria il Piano Triennale Fabbisogno Personale 2021/2023, che prevede un numero totale di n. 538 unità nel triennio 2021/2023, delle quali n. 265 già assunte nel corso del 2021 e n. 242 programmate per il 2022, fatte salve eventuali rimodulazioni a seguito del continuo monitoraggio della spesa di personale che deve tener conto, tra l'altro, dei costi derivanti dalle autorizzazioni allo svolgimento delle attività assistenziali dei professori e ricercatori nonché dei passaggi all'inquadramento superiore.

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 386 del 19/07/2022, pubblicata sul BURC n.65 del 25/07/2022, la Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario della Regione Campania ha approvato il succitato Piano triennale dei Fabbisogni (PTFP) 2021/2023.

Con Delibera aziendale n. 727 del 21/09/2022 è stato approvato, in via definitiva, il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021/2023 dell'AOU Federico II, del quale si riporta la tabella di sintesi:

Tabella 13.

AOU FEDERICO II	Personale in servizio al 31/12/2020	Personale in servizio al 31/12/2020	FABBISOGNO 2021-2023	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO 2022	FABBISOGNO 2023
RUOLO SANITARIO	682	682	355	149	180	26
MEDICO	153	153	56	19	35	2
ALTRI DIR SANIT	13	13	10	5	5	0
FARMACISTA	10	10	0	0	0	0
INFERMIERE	421		195	105	70	20
TECNICI-SANITARI E DELLA RIABILIT.	65		60	18	40	2
OSTETRICO/A	19		34	2	30	2
VIGILANZA E ISPEZIONE	1	506	0	0	0	0
RUOLO TECNICO	107	107	130	86	42	2
DIRIGENTE TECNICO	0	0	2	0	2	0
COMPARTO TECNICO	41		20	20	0	0
OSS	66	107	108	66	40	2
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	0	0	0	0
DIRIGENTE PROFESSIONALE	2	2	0	0	0	0
COMPARTO PROFESSIONALE	0	0	0	0	0	0
RUOLO AMMINISTRATIVO	24	24	52	30	20	2
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3	3	0	0	0	0
COMPARTO AMMINISTRATIVO	21	21	52	30	20	2
	815	815	537	265	242	30

Di seguito si riportano le tabelle riepilogative riportanti i dati del personale universitario e aziendale, distinto per ruoli professionali, i dati assunzionali e le cessazioni relativi al triennio 2019/2021:

Tabella 14.

AZIENDALI A T.I.	Personale in servizio al 30/12/2019	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2020	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2021	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 28/02/2022
MEDICO	119	28	3	6	144	12	-2	3	151	1	0	2	150
ALTRI DIR SANIT	14	0	0	1	13	5	0	1	17	0	0	0	17
FARMACISTA	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	10
INFERMIERE	319	92	31	23	419	94	9	19	503	1	0	4	500
TECNICO-SANITARIO	53	1	1	2	53	18	11	1	81	2	0	0	83
RIABILITAZIONE	1	6	3	1	9	0	1	0	10	0	0	0	10
OSTETRICO/A	16	4	0	1	19	2	0	0	21	0	0	0	21
VIGILANZA E ISPEZIONE	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
COMPARTO TECNICO	5	36	0	0	41	3	2	1	45	0	0	0	45
OSS	49	24	0	7	66	67	0	5	128	1	-1	1	127
DIRIGENTE PROFESSIONALE	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2	1	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3
COMPARTO AMMINISTRATIVO	18	2	1	0	21	32	2	0	55	2	1	2	56
	609	194	39	-41	801	233	23	-31	1026	7	0	-9	1024

AZIENDALI A T.D.	Personale in servizio al 30/12/2019	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2020	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2021	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 28/02/2022
MEDICO	16	1	-1	5	11	7	0	0	18	0	0	0	18
INFERMIERE	71	1	-31	19	22	14	-9	7	20	17	0	5	32
TECNICO-SANITARIO	15	2	-1	2	14	1	-11	2	2	0	0	1	1
RIABILITAZIONE	6	0	-3	0	3	0	-1	0	2	0	0	0	2
COMPARTO TECNICO	0	0	0	0	0	18	0	0	18	1	0	1	18
COMPARTO AMMINISTRATIVO	4	0	0	0	4	0	0	2	2	0	0	2	0
	112	4	-36	-26	54	40	-21	-11	62	18	0	-9	71

	Personale in servizio al 30/12/2019	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2020	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2021	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 28/02/2022
AZIENDALI ART. 15 OCTIES													
MEDICO	17	0	-3	4	10	0	-2	6	2	0	0	2	0
ALTRI DIR SANIT	6	0	0	1	5	0	0	3	2	0	0	0	2
INFERMIERE	7	0	0	3	4	0	0	4	0	0	0	0	0
TECNICO-SANITARIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIABILITAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPARTO TECNICO	3	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	2	0
COMPARTO AMMINISTRATIVO	16	1	-1	3	13	0	-4	9	0	0	0	0	0
	49	1	-4	-12	34	0	-6	-22	6	0	0	-4	2
TOTALE AZIENDALI :	770	199	-1	-79	889	273	-4	-64	1094	25	0	-22	1097

	Personale in servizio al 30/12/2019	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2020	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2021	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 28/02/2022
UNIVERSITARI A T.I.													
MEDICO	371	4	10	35	350	4	10	37	327	1	0	11	317
ALTRI DIR SANIT	75	1	0	19	57	2	2	4	57	0	0	2	55
FARMACISTA	4	0	0	1	3	0	0	0	3	0	0	0	3
INFERMIERE	253	0	0	16	237	0	0	13	224	0	0	2	222
TECNICO-SANITARIO	30	0	0	3	27	0	0	1	26	0	0	0	26
RIABILITAZIONE	6	0	0	0	6	0	0	0	6	0	0	0	6
OSTETRICO/A	8	0	0	1	7	0	0	0	7	0	0	0	7
DIRIGENTE TECNICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPARTO TECNICO	40	0	0	9	31	0	0	1	30	0	0	1	29
OSS	17	0	0	4	13	0	0	3	10	0	0	2	8
DIRIGENTE PROFESSIONALE	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	5	0	0	0	5	0	0	0	5	0	0	0	5
COMPARTO AMMINISTRATIVO	110	0	0	19	91	0	0	8	83	0	0	0	83
	921	5	10	-107	829	6	12	-68	779	1	0	-19	761

	Personale in servizio al 30/12/2019	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2020	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 30/12/2021	IMMISSIONI	TRASFORMAZIONI	CESSAZIONI	Personale in servizio al 28/02/2022
UNIVERSITARI A T.D.													
MEDICO	71	16	-9	2	76	25	-6	8	87	10	0	1	96
ALTRI DIR SANIT	5	1	0	0	6	1	-2	0	5	0	0	0	5
	76	17	-9	-2	82	26	-8	-8	92	10	0	-1	101
TOTALE UNIVERSITARI :	997	22	1	-109	911	32	4	-76	871	11	0	-20	862
COMPLESSIVI :	1767	221	0	-188	1800	305	0	-140	1965	36	0	-42	1959

Nella tabella che segue vengono riportate le elaborazioni relative agli standard di personale, elaborati secondo le indicazioni allegate alla DGRC n. 593/2020:

Tabella 15.

AZIENDALI E UNIVERSITARI		AOU FEDERICO II	FTE minimo Standard HSP 12 2020	FTE MEDIO Standard HSP 12 2020	FTE massimo Standard HSP 12 2020
RUOLO SANITARIO			1.426	1.773	2.120
Dirigenti sanitari medici	Medici		532	740	948
Dirigenti sanitari non medici	Altri Dir Sanit		36	50	65
	Farmacisti		20	29	38
Comparto	Infermieri		608	680	752
	Tecnici sanitari e della riabilitazione		164	181	198
	Ostetriche		66	93	120
	Vigilanza e Ispezione		-	-	-
RUOLO TECNICO			304	368	432
Dirigenti	Dirigenti Tecnici		84	112	140
Comparto	Comparto Tecnico		220	256	292
	OSS				
RUOLO PROFESSIONALE			8	10	12
Dirigenti	Dirigenti Professionali		8	10	12
Comparto	Comparto Professionale				
RUOLO AMMINISTRATIVO			200	250	300
Dirigenti	Dirigenti Amministrativi		200	250	300
Comparto	Comparto Amministrativo				
TOTALE			1.938	2.401	2.864

Alla luce dei dati sopra riportati e delle elaborazioni in corso, secondo la tempistica dettata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania è in corso di aggiornamento il PTFP 2022/2024.

4. MONITORAGGIO

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) monitorerà le sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 10 comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance.

Si rendono pubblici gli esiti del processo di valutazione a tutti i soggetti portatori di interessi e aspettative verso l'organizzazione attraverso la validazione, entro il 30 giugno, della Relazione sulla Performance pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, favorendo in tal modo accessibilità, inclusione e partecipazione al processo di valutazione. In tal modo lo stakeholder di riferimento può fornire feedback di ritorno sulla performance dell'organizzazione anche attraverso il ricorso a sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione.

Lo stesso O.I.V. effettuerà il monitoraggio della Sezione “Organizzazione e Capitale Umano” in coerenza con gli obiettivi di performance su base triennale mentre per il monitoraggio della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” si farà riferimento alle indicazioni dell'ANAC.

4.1 Comunicazione del P.I.A.O.

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del P.I.A.O. in coerenza con il comma 4 dell'art. 6 del Decreto Legislativo 80/2021. Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: “Amministrazione Trasparente”.

