



**Piano Integrato di  
Attività ed  
Organizzazione -  
PIAO 2023 – 2025**

**Azienda Ospedaliera  
Universitaria  
“Luigi Vanvitelli”**

# Indice

- **Premessa**
- **1. SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione**
  - *1. La Vision Aziendale*
  - *2. Protocollo di Intesa*
  - *3. Governance*
  - *4. Organizzazione*
  - *5. Rete delle Emergenze*
  - *6. Centri Riferimento Regionale e Reti Ospedaliere*
  - *6.1 Malattie Rare*
  - *7. Le Risorse*
  - *7.1 Contesto esterno*
  - *7.2 Contesto interno*
- **SEZIONE 2. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione**
  - *Sottosezione di programmazione Valore Pubblico*
  - *Sottosezione di programmazione Performance*
    - *7.3 Albero della Performance*
    - *8. Obiettivi di mandato e Pianificazione Strategica*
  - *Sottosezione di programmazione Piano Anticorruzione*
    - *Sezione I-Parte Generale*
    - *Sezione II – Analisi del contesto*
    - *Sezione III- Valutazione del rischio corruttivo*
    - *Sezione IV- Trattamento del rischio corruttivo*
    - *Sezione V- Trasparenza*
    - *Sezione VI- Monitoraggio e Riesame*
- **SEZIONE 3. Organizzazione e Capitale Umano**
  - *Organizzazione*
  - *Sottosezione di programmazione Lavoro agile*
  - *Sottosezione di programmazione Piano Triennale dei Fabbisogni di personale*
  - *Piano della Formazione*
- **SEZIONE 4. Monitoraggio**

## Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (Piao) è un documento unico di programmazione e governance introdotto con decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, art.6, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

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

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

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

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

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

Con l'introduzione del PIAO si intende assicurare la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per i cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.lgs.150/2009 e della Legge 190/2012.

Difatti il Piano si pone l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra i quali:

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

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

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione pubblica**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'Amministrazione.
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione:**
  - Valore pubblico
  - Performance
  - Rischi corruttivi e trasparenza
3. **Organizzazione e capitale Umano:**
  - Struttura organizzativa
  - Organizzazione del lavoro agile
  - Piano triennale dei fabbisogni di personale;
4. **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

### **Piao 2023: Termini e Sanzioni**

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

Per il 2023 su disposizione del ministro della Funzione pubblica il termine è fissato al 31 marzo.

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

La mancata adozione del Piao produce i seguenti effetti:

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

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



**SEZIONE 1**  
**Scheda anagrafica dell'Amministrazione**

## 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

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

Il 31 marzo 2015 è intervenuto il cambio di denominazione in "Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli", con l'approvazione definitiva da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca avvenuta l'8 novembre 2016.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria- Università della Campania Luigi Vanvitelli ai sensi dell'art. 2 comma 2 lettera a del D.L. 517/ 99:

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

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria - Università della Campania Luigi Vanvitelli sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 517/99 e art. 5, comma 2, del DPCM 24.05.2001, e con il Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università della Campania L. Vanvitelli , trasmesso in allegato al D.C. n. 47 del 10.06.2016 , nel rispetto della sua autonomia giuridica e gestionale e dei principi e dei criteri previsti dal decreto Commissariale 18/2013 e dal DM 70/2015 ai fini di assicurare una coerente integrazione tra l'attività assistenziale, gli obiettivi di programmazione regionale e lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Scuola di Medicina.

Si riportano (Tabella 1), ai fini di una dettagliata descrizione anagrafica, i seguenti dati:

**Tabella 1**

Elemento	Descrizione
Denominazione	Azienda Ospedaliera Universitaria <i>Luigi Vanvitelli</i>
Sede	Via Santa Maria di Costantinopoli, 104, 80138
Codice fiscale	06908670638
Direttore Generale	Dott. Ferdinando Russo
Comparto di appartenenza	Aziende ospedaliere universitarie
Sito web	<a href="http://www.policliniconapoli.it">www.policliniconapoli.it</a>
URP	0815666489, <a href="mailto:urp@unicampania.it">urp@unicampania.it</a>
PEC	<a href="mailto:protocollo.policliniconapoli.it@pec.it">protocollo.policliniconapoli.it@pec.it</a>
Personale	1.616 dipendenti al 31 dicembre 2022
Poli di interesse	Sant'Aniello a Caponapoli, Cappella dei Cangiani
Bilancio di previsione 2023	Pareggio

L'Azienda presenta una molteplicità di strutture di riferimento. Le sedi fisiche in cui si svolgono le attività aziendali, con la specificazione del titolo di appartenenza (proprietà/locazione/comodato d'uso), sono descritte nella tabella che segue (Tabella 2).

**Tabella 2**

Articolazione territoriale e sedi delle strutture aziendali				
Struttura	Destinazione funzionale	Titolo di possesso		
		Proprietà	Locazione	Comodato d'uso
		Altro		
Centro Storico	Attività Assistenziale Didattica e Ricerca			X
Cappella Cangiani	Attività Assistenziale Didattica e Ricerca			X
Via Campodisola, 13	- Servizio Gestione Risorse Economico – Finanziarie - Servizio Legale - Ufficio Gestione Personale Tecnico-Amministrativo		X	
Via De Gasperi, 55	- Servizio Risorse Umane - Servizio Affari Generali - Ufficio Personale Docente e Ricercatore - Ufficio Reclutamento Personale Docente e Ricercatore		X	
Via Luigi de Crecchio	- Comitato Etico, Direzione Sanitaria di Presidio - Ambulatori - CUP - Ufficio Biblioteche Ateneo			X
Palazzo Bideri	- Depositi - Farmacia Centrale AOU - Ufficio Protocollo - Ufficio Relazioni con il Pubblico - Archivio Uffici Amm.vi - Ufficio Servizi Generali - Ufficio Segreteria OO.CC. - Ripartizione S.D.D. - Ufficio Patrimonio - Ufficio Economato Ateneo - Ufficio Tecnico NA - Ufficio Performance e Rapporti AOU - Ufficio Progettazione NA - Ufficio Progettazione per la Sicurezza			X



	di Ateneo - Ripartizione P.E.M.S. - Centro di Servizio per la Comunicazione				
Via Costantinopoli, 104	- Ufficio Segreteria Rettorato - Direzione Generale - Direzione Amministrativa - Direzione Sanitaria - UOC Programmazione Strategica- Controllo di gestione e Rapporti con l'Università - Ufficio Protocollo Azienda - Ufficio Scuola Medicina		X		
Via Pessina, 15	- UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi - Ufficio Economato - Servizio Manutenzione e Progettazione - UOC Privacy Anticorruzione e Trasparenza - Ingegneria Clinica		X		
Larghetto S. Aniello a Caponapoli	- Servizio Informativo			X	
Complesso Santa Patrizia	- Ufficio Amministrativo per la Sicurezza - Ufficio Pensioni - Ufficio Stipendi - Ufficio Contenzioso Lavoro - Ufficio Sistemi e Servizi Informatici - Ufficio Reti e Telecomunicazioni			X	

### **Mandato istituzionale e Mission aziendale**

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

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

- delle funzioni di supporto ai corsi di diploma di laurea e formazione specialistica e di formazione del personale sanitario, tecnico e della riabilitazione;
- del volume ottimale di attività funzionale alle attività didattiche;
- del rafforzamento dell'autonomia dell'azienda e del suo potere di organizzazione e gestione.

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

Le attività promosse in collaborazione sono le seguenti:

- partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale;
- finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie;
- criteri e parametri di attività;
- organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie;
- criteri per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione;
- collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e degli operatori del S.S.N.;
- compartecipazione delle regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende.

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

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

Con la nascita nel 2004 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria SUN, sono stati sanciti i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, che hanno trovato regolamentazione nel Protocollo di Intesa (d'ora in avanti anche semplicemente "Protocollo") di cui alle richiamate Linee Guida, soggetto a successivi aggiornamenti, ultimo tra i quali avvenuto il 10.06.2016.

In particolare:

- l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli" art. 2 comma a) d.lgs. 517/99, è istituita per promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività formativa, di ricerca e assistenziale, tra Servizio sanitario nazionale e Università e organizzare l'attività assistenziale stessa in funzione dello svolgimento dei compiti istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", nel quadro della programmazione nazionale e regionale, in modo da garantirne le funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca;
- l'attività di ricerca è il fulcro tra l'interconnessione e le sinergie che si creano tra la didattica (aspetto teorico) e l'attività assistenziale, che vede mettere in pratica l'aspetto meramente teorico in un'ottica tesa al miglioramento di queste pratiche. È grazie al dettato del D.lgs.

502 del 30 dicembre 1992 che l'università e il SSN investono sulla formazione degli specializzandi (art.6 comma 2) stipulando specifici protocolli d'intesa per promuovere e migliorare il processo di ricerca e di sviluppo all'interno di queste particolari organizzazioni professionali;

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

### **La Vision aziendale**

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

Tali indirizzi, a ben vedere, vanno a configurare il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale, trovando opportuna formalizzazione anche nel documento "programmatico di attività e programmazione per l'integrazione dell'assistenza, didattica e ricerca", redatto ai sensi del art. 4 comma 4 D.L.517/99 e art. 8 comma 8 DCA 47 del 10/06/2016 (Protocollo di intesa Regione–Università L. Vanvitelli) e art. 2 regolamento per il funzionamento dell'Organo di Indirizzo AOU-L. Vanvitelli – del. 749 D.G. 23/09/2013.

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

1. **L'Integrazione Ospedale-Università:** l'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e leale collaborazione con l'Università e con la Scuola di Medicina, finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali. A tal fine:
  - a) promuove un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa;
  - b) definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza.
2. **Il sistema del governo aziendale:** l'Azienda individua ed attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici e promuove l'innovazione assistenziale. A tal fine:
  - a) adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti del Protocollo di Intesa fra Regione ed Università del 27 gennaio 2012 e dal protocollo n. 47 del 10 giugno 2016;
  - b) definisce gli strumenti per la realizzazione dei programmi di Governo Clinico e di Governo Finanziario;
  - c) valorizza le persone e lo sviluppo delle professionalità.

3. **L'attività intramuraria:** L'Azienda, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria (ALPI) quale attività in grado di:
- contribuire ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda, nell'ambito di un sistema sanitario locale del quale l'Azienda costituisce il primo responsabile e garante;
  - rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
  - garantire i diritti e valorizzare il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.
4. **Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale:** l'Azienda promuove il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliero-universitaria di alta specialità a rilievo regionale e nazionale. A tal fine:
- adeguata la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria regionale;
  - ricerca percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra azienda e territorio;
  - promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra regionale;
  - garantisce i LEA e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.
5. **L'equilibrio di bilancio:** costituisce condizione imprescindibile per la vitalità dell'azienda dove si coniuga l'azione di allocazione delle risorse in funzione di attività "di salute" pubblica mediante piani di offerta efficaci e appropriati e consoni alla vocazione di un'azienda universitaria.

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

- l'individuazione delle classi di flussi informativi utili ad alimentare il controllo dei dati e le modalità della loro raccolta e la individuazione del campione;
- la definizione delle logiche di alimentazione e funzionamento del modello; la predisposizione di un sistema di reporting costituito da un set di strumenti standardizzati di rappresentazione dei fenomeni gestionali "per destinazione", omogeneo su base regionale.
- Il sistema articolato sulla verifica della congruenza tra obiettivi e scelte operative attuate, assolverà al ruolo di supporto all'attività di pianificazione e sarà elemento propedeutico per l'attivazione del sistema di budget e per il controllo direzionale.

### ***Il Protocollo di Intesa***

Il Protocollo di Intesa tra Regione e Università costituisce un documento legale che descrive un accordo bilaterale e, al contempo, esprime una convergenza d'interessi tra le parti, indicando una linea d'azione comune prestabilita. L'AOU trova il suo spazio di azione nel contenuto del

Protocollo, dal momento che quest'ultimo disciplina l'assetto organizzativo e istituzionale dell'Azienda, definendone gli organi e le modalità di finanziamento.

Il Protocollo di intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (Seconda Università degli studi di Napoli alla data di sottoscrizione Protocollo, Decreto Commissariale n. 47 del 10 giugno 2016) costituisce il documento con cui si definisce il rapporto di collaborazione tra il Servizio Sanitario e l'Università finalizzato allo svolgimento delle attività assistenziali.

L'Azienda modula l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti del Protocollo, promuovendo i rapporti tra le parti e disciplinando l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Si segnala che, alla data di redazione del presente Piano, il protocollo è in attesa di rinnovo.

## **Governance**

### **Direzione strategica**

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

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

La Tabella 3 enuclea i componenti della Direzione strategica dell'AOL con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

**Tabella 3**

<b>Componente</b>	<b>Ruolo</b>
<b>Dr. Ferdinando Russo (nominato con Delibera di Giunta Regionale della Campania 330 del 21.06.2022)</b>	Direttore Generale
<b>Dr. Pasquale Di Girolamo Faraone</b>	Direttore Sanitario
<b>Dott.ssa Antonella Tropiano</b>	Direttore Amministrativo

### **Organo di controllo: Collegio Sindacale**

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

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

La Tabella 4 enuclea i componenti del Collegio Sindacale dell'AOU con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

**Tabella 4**

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

### ***Organo di indirizzo***

L'Organo di Indirizzo è un organismo previsto dalle norme che disciplinano i rapporti tra SSN ed Università (D. Lgs. 517/99). Ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica delle Università e di verificarne la corretta attuazione.

La Tabella 5 enuclea i componenti dell'Organo di indirizzo dell'AOU con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

**Tabella 5**

Componente	Ruolo
Prof. Francesco Catapano	Scuola Medicina e Chirurgia Università Luigi Vanvitelli (Presidente)
Prof. Raffaele Picaro	Componente di nomina universitaria
Dott. Raffaele Marzano	Componente di nomina regionale
Dott. Alfredo Siani	Componente di nomina universitaria

### ***Organismo Indipendente di Valutazione della performance***

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

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

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

La Tabella 6 enuclea i componenti dell'OIV dell'AOU con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

**Tabella 6**

<b>Componente</b>	<b>Ruolo</b>
Prof. Giuseppe Sannino	Presidente
Dott. Roberto Aponte	Componente
Dott.ssa Silvana De Simone	Componente

**Comitato Etico**

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

La Tabella 7 enuclea i componenti del Comitato etico dell'AOU con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

**Tabella 7**

<b>Componente</b>	<b>Ruolo</b>
Prof. Alfano Roberto	Esperto Clinico del settore biomedico
Dott. D'Alto Michele	Clinico
Prof. D'Amico Michele	Farmacologo
Dott. D'Aniello Carmine	Clinico
Dott. De Luca Alfonso	Rappresentante professioni sanitarie
Dott.ssa De Rimini Maria Luisa	Esperto di nuove procedure diagnostiche terapeutiche invasive e seminvasive
Dott. Di Girolamo Faraone Pasquale	Direttore Sanitario AORN "Ospedali dei Colli"
Dott.ssa Galdo Maria	Farmacista SSN
Dott.ssa Giordano Maria Luisa	Farmacista SSN
Dott.ssa Iommelli Chiara	Esperta di studi clinici
Dott. Landolfi Roberto	Esperto in Bioetica
Dott. Lima Guglielmo	Esperto in materie giuridiche ed assicurative
Prof. Marfella Raffaele	Clinico
Dott.ssa Marrone Francesca	Farmacista SSN
Dott. ssa Messina Antonietta	Clinico -Esperto in nutrizione
<b>Dott. Di Girolamo Faraone Pasquale</b>	<b>Direttore Sanitario "AOU Luigi Vanvitelli"</b>
Dott. Montesarchio Vincenzo	Clinico

Prof.ssa Morgillo Floriana	Clinico
Prof. Napoli Claudio	Clinico
Prof. Nigro Vincenzo	Genetista
Prof.ssa Pace Maria Caterina	Esperto di nuove procedure diagnostiche terapeutiche invasive e seminvasive
Dott.ssa Papa Nunzia	Esperto in dispositivi medici
Dott. Parrella Roberto	Clinico
Prof. Patroni Griffi Andrea	Esperto in materie giuridiche ed assicurative
Prof. Perrotta Silverio	Pediatra
Dott.ssa Piegari Ester	Medico Legale
Dott. Schiano Vincenzo	MMG
Dott.ssa Signoriello Simona	Clinico
Prof. Tessitore Alessandro	Clinico
Prof. Tessitore Alessandro	Clinico
Dott. Vitale Antonio	Pediatra
Dott. Zofra Sergio	Rappresentante del volontariato/associazioni

### **Organizzazione**

Nel Decreto Commissariale n. 47 del 10 giugno 2016, per quanto concerne l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda, si conviene che questi ultimi siano disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3 comma 2 del al D. Lgs. 517/1999 e art. 5. comma 2 del DPCM del 24 maggio 2001. Con l'atto in parola, l'AOU adotta un modello organizzativo di tipo dipartimentale ad attività integrata (d'ora in avanti anche semplicemente "DAI") quale strumento ordinario di gestione operativa dell'azienda, volto ad assicurare l'esercizio integrato delle attività e delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

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

- i DAI devono essere individuati in sede di programmazione concordata tra l'Azienda e l'Università che tenga conto del collegamento della programmazione della Scuola di medicina con la programmazione aziendale;
- i DAI devono coincidere, quanto più possibile, con i corrispondenti Dipartimenti Universitari e devono essere costituiti con l'integrazione di discipline assimilabili sia sul piano scientifico che assistenziale;
- i DAI devono essere organizzati come centri unitari di responsabilità e di costo in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse agli stessi assegnate, l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica, ricerca e flessibilità operativa; il direttore del DAI deve assumere responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la



realizzazione degli obiettivi, tenendo conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche;

- il funzionamento dei DAI deve essere definito attraverso un regolamento emanato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore.

Con l'Atto Aziendale approvato con DCA n.21 del 22 marzo 2017 e adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università (limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture a direzione universitaria che li compongono, ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 e dell'art. 5, comma 2 del DPCM del 24 maggio 2001), vengono individuate le strutture assistenziali che, nel rispetto dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera, degli standard di cui al D.M. 70/2015 (piano regionale di programmazione della rete ospedaliera), del DCA 33/2016 e dei parametri del DCA 18/2013, dovranno consentire l'integrazione tra attività didattica, scientifica e di ricerca.

*Si rappresenta che Il nuovo Atto Aziendale della A.O.U. "Luigi Vanvitelli" è stato presentato agli organi regionali con delibera del D.G. n. 87 del 09/02/2022 ed è in attesa di approvazione e, inoltre, con delibera del D.G n. 168 del 15/03/2022, in virtù della disattivazione del Dipartimento di Medicina Polispecialistica (precedentemente ubicato al Polo Cappella Cangiani), si è adottata, previa autorizzazione regionale, una nuova organizzazione dipartimentale che ha visto la riallocazione di alcune strutture assistenziali e il potenziamento dei Dipartimenti preesistenti.*

Di seguito, all'interno della Tabella 8, è illustrata la dotazione di posti letto per la A.O.U. Luigi Vanvitelli, suddivisa per specialità, così come prevista dalla programmazione regionale.

I posti letto assegnati non sono tutti ancora operativi, la piena attivazione di tale dotazione è subordinata alla realizzazione delle opere di ristrutturazione programmate e in corso di esecuzione ed alla effettiva disponibilità di personale.

Tabella 8

AOU VANVITELLI		Programmazione	
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PL	UOC
<b>Discipline con posti letto</b>			
1	Allergologia		
2	Day hospital		
3	Anatomia e Istologia patologica		
5	Angiologia		
6	Cardiochirurgia infantile		
7	Cardiochirurgia()		
8	Cardiologia (")		
9	Chirurgia Generale	76	2
10	Chirurgia Maxillo Facciale	6	2
11	Chirurgia Pediatrica	10	
12	Chirurgia Plastica	8	1
13	Chirurgia Toracica	12	1
14	Chirurgia Vascolare	2	
18	Ematologia	4	
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb	12	1
20	Immunologia e centro trapianti		1
21	Geriatria	10	1
24	Malattie Infettive e Tropicali	14	1
25	Medicina del Lavoro	3	
26	Medicina Generale	33	1
27	Medicina legale con posti letto		
29	Nefrologia	18	1
30	Neurochirurgia()		
32	Neurologia	24	2
33	Neuropsichiatria Infantile	15	
34	Oculistica	16	1
35	Odontoiatria e Stomatologia	6	1
36	Ortopedia e Traumatologia	10	
37	Ostetricia e Ginecologia	16	1
38	Otorinolaringoiatria	8	1
39	Pediatra	20	1
40	Psichiatria	32	3
42	Tossicologia		
43	Urologia	4	
47	Grandi Ustionati		
48	Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)		
49	Terapia Intensiva	14	1
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia(")		
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza		
52	Dermatologia	6	
54	Emodialisi		
55	Farmacologia clinica		
57	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostet		
58	Gastroenterologia	12	1

		AOU VANVITELLI		Programmazione	
Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina	PL	UOC		
<b>Discipline con posti letto</b>					
1	Allergologia				
2	Day hospital				
3	Anatomia e Istologia patologica				
5	Angiologia				
6	Cardiochirurgia infantile				
7	Cardiochirurgia()				
8	Cardiologia (")				
9	Chirurgia Generale	76	2		
10	Chirurgia Maxillo Facciale	6	2		
11	Chirurgia Pediatrica	10			
12	Chirurgia Plastica	8	1		
13	Chirurgia Toracica	12	1		
14	Chirurgia Vascolare	2			
18	Ematologia	4			
19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb	12	1		
20	Immunologia e centro trapianti				1
21	Geriatra	10	1		
24	Malattie Infettive e Tropicali	14	1		
25	Medicina del Lavoro	3			
26	Medicina Generale	33	1		
27	Medicina legale con posti letto				
29	Nefrologia	18	1		
30	Neurochirurgia()				
32	Neurologia	24	2		
33	Neuropsichiatria Infantile	15			
34	Oculistica	16	1		
35	Odontoiatria e Stomatologia	6	1		
36	Ortopedia e Traumatologia	10			
37	Ostetricia e Ginecologia	16	1		
38	Otorinolaringoiatria	8	1		
39	Pediatra	20	1		
40	Psichiatria	32	3		
42	Tossicologia				
43	Urologia	4			
47	Grandi Ustionati				
48	Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)				
49	Terapia Intensiva	14	1		
50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia(")				
51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza				
52	Dermatologia	6			
54	Emodialisi				
55	Farmacologia clinica				
57	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostet				
58	Gastroenterologia	12	1		

S40	Medicina legale		1
S41	Medicina Nucleare (senza posti letto)		
S42	medicina nucleare senza posti letto		
S43	Medicina preventiva del lavoro e radioprotezione		
S44	medicina sportiva		1
S45	Microbiologia e virologia		1
S46	Neurofisiopatologia		
S47	Neurologia		
S48	Neuropsichiatria Infantile		
S49	Neuroradiologia		
S50	Nutrizione Clinica		
S51	Oncologia senza pl		
S52	Organizzazione dei servizi ospedalieri		
S53	Osservazione Breve Intensiva		
S54	Patologia chimica-Microbiologia		
S55	Patologia Clinica		1
S56	Pneumologia		
S57	Programmazione sanitaria		
S58	pronto soccorso e obi		
S59	pronto soccorso infett ed accettazione		
S6	BASCO		
S60	Psicologia clinica		
S61	Radiodiagnostica		
S63	Radioterapia Oncologica		
S64	rischio clinico		
S65	Sala operatoria		
S66	Servizio 118		
S67	Servizio di cardiologia		
S68	Servizio di Pneumologia		
S69	Servizio professioni sanitarie e infermieristiche		
S7	Biochimica Clinica		
S70	Servizio trasfusionale		
S71	sicurezza delle cure e controllo qualità		
S72	Terapia del dolore (senza posti letto)		
S73	Tossicologia		
S74	trauma center		
S75	Radiologia senza pl		1
S76	Allergologia senza pl		
S8	biologia molecolare		
S9	C.O.R.E.C.O.T.		
<b>TOTALE OFFERTA PER ACUTI</b>		<b>457</b>	<b>34</b>
28	Unità spinale		
56	Recupero e riabilitazione funzionale	20	1
60	Lungodegenti		
75	Neuroriabilitazione		
<b>TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE</b>		<b>20</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA</b>		<b>477</b>	<b>35</b>

L'Azienda è attualmente articolata in **otto Dipartimenti ad Attività Integrata** (di seguito anche "DAI") e da aggregazioni di specialità medico/chirurgiche, composte da Unità Operative Specialistiche. Il dipartimento rappresenta l'unità organizzativa fondamentale dell'Azienda e associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari, integrandole con funzioni di didattica e di ricerca dei Dipartimenti di Medicina e Chirurgia dell'Università degli

Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. L’organizzazione dipartimentale dell’AOU trova il suo scopo nell’assicurare il funzionamento unitario e omogeneo delle strutture che lo compongono, al fine di valorizzarne le competenze in un clima di stretta collaborazione. Inoltre, attraverso l’integrazione con le attività di didattica e di ricerca, l’attività di assistenza viene ottimizzata in termini sia quantitativi che qualitativi, attivando una ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali.

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

- DAI Medico Chirurgico ad Alta Specialità
- DAI Chirurgia, Ortopedia e Epatogastroenterologia
- DAI Medicina Interna, Geriatria e Neurologia
- DAI Diagnostica per Immagini, Area Critica e Terapeutica
- DAI Materno Infantile e Nutrizione Clinica
- DAI Chirurgia Orale e Stomatologia, Chirurgia Maxillo Facciale e Riabilitazione
- DAI Salute Mentale
- DAI Sanità Pubblica e Servizi di Laboratorio

Quattro principali tipologie di strutture – Unità operative complesse (U.O.C.), Unità operative semplici (U.O.S.), Unità operative semplici dipartimentali (U.O.S.D.) e Programmi (D.lgs. 517/99 art. 5 comma 4) – sono state istituite in seno ai DAI appena elencati, come riepilogato dalla Tabella 9.

**Tabella 9**

DAI	U.O.C.	U.O.S.	U.O.S.D.	Programmi
Medico Chirurgico ad Alta Specialità	9	2	7	1
Chirurgia, Ortopedia e Epatogastroenterologia	3	4	4	-
Medicina Interna, Geriatria e Neurologia	5	3	3	3
Diagnostica per Immagini, Area Critica e Terapeutica	3	2	3	5
Materno Infantile e Nutrizione Clinica	4	1	3	2
Chirurgia Orale e Stomatologia, Chirurgia Maxillo Facciale e Riabilitazione	3	2	1	4
Salute Mentale	3	1	0	1
Sanità Pubblica e Servizi di Laboratorio	6	2	1	6

A corredo dell'elencazione appena fornita, il dettaglio delle UU.OO. è riportato in Tabella 10:

**Tabella 10**

<b>MEDICO-CHIRURGICO AD ALTA SPECIALITA'</b>	<b>Struttura</b>
Chirurgia Generale, Mininvasiva, Oncologica e dell'Obesità	U.O.C.
Chirurgia Toracica	U.O.C.
Clinica Oculistica	U.O.C.
Malattie Infettive	U.O.C.
Medicina Interna	U.O.C.
Nefrologia	U.O.C.
Oncoematologia	U.O.C.
Otorinolaringoiatria	U.O.C.
Urologia	U.O.C.
Chirurgia Ambulatoriale	U.O.S.
Chirurgia Vascolare	U.O.S.
Chirurgia della Tiroide	U.O.S.D.
Dermatologia	U.O.S.D.
Endoscopia Chirurgica	U.O.S.D.
Geriatría Oncologica	U.O.S.D.
Medicina delle comunità	U.O.S.D.
Senologia Oncologica	U.O.S.D.
Trapianti Corneali	U.O.S.D.
<b>CHIRURGIA, ORTOPEDIA E EPATOGASTROENTEROLOGIA</b>	<b>Struttura</b>
Chirurgia Generale e Fisiopatologia Oncologica	U.O.C.
Chirurgia Plastica	U.O.C.
Epatogastroenterologia	U.O.C.
Studio e cura delle lesioni ulcerative arti inferiori	U.O.S.
Chirurgia Ricostruttiva	U.O.S.
Breast Unit	U.O.S.
Ecografia Diagnostica ed Interventistica	U.O.S.
Chirurgia della Parete Addominale	U.O.S.D.
Chirurgia Coloretale	U.O.S.D.
Chirurgia Oncologica dell'Apparato Digerente	U.O.S.D.
Ortopedia	U.O.S.D.
<b>MEDICINA INTERNA, GERIATRIA E NEUROLOGIA</b>	<b>Struttura</b>
I Neurologia e Neurofisiopatologia	U.O.C.
II Neurologia	U.O.C.
Endocrinologia e Malattie del Metabolismo	U.O.C.
Geriatría e Medicina Interna	U.O.C.
Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Immunologia dei Trapianti	U.O.C.
Malattia di Parkinson ed altri Disordini del Movimento	U.O.S.

Epilessia	U.O.S.
Malattie Rare di Interesse Neurologico	U.O.S.
Andrologia	U.O.S.D.
Cardiologia	U.O.S.D.
Genetica Medica e Cardiomiologia	U.O.S.D.
<b>DIAGNOSTICA per IMMAGINI, AREA CRITICA e TERAPEUTICA</b>	<b>Struttura</b>
I Radiologia	U.O.C.
Anestesia, Analgesia e Rianimazione	U.O.C.
Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza	U.O.C.
Medicina Nucleare	U.O.S.
Terapia del Dolore	U.O.S.
Farmacia	U.O.S.D.
Imaging Neuroradiologico Avanzato	U.O.S.D.
Terapia Intensiva	U.O.S.D.
<b>MATERNO INFANTILE e NUTRIZIONE CLINICA</b>	<b>Struttura</b>
Chirurgia Stomatologica dell'Età Evolutiva	U.O.C.
Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione	U.O.C.
Dietetica, Medicina dello Sport e benessere psico-fisico	U.O.C.
Pediatria Generale e Specialistica	U.O.C.
Pianificazione familiare	U.O.S.
Neonatologia	U.O.S.D.
Neuropsichiatria Infantile	U.O.S.D.
Terapia Intensiva Neonatale	U.O.S.D.
<b>CHIRURGIA ORALE E STOMATOLOGIA, CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E RIABILITAZIONE</b>	<b>Struttura</b>
Chirurgia Orale e Stomatologica	U.O.C.
Chirurgia Maxillo-Facciale	U.O.C.
Medicina Fisica e Riabilitazione	U.O.C.
Chirurgia dei Dismorfismi Facciali	U.O.S.
Chirurgia Riabilitazione del Distretto Oro Maxillo Facciale	U.O.S.
Medicina Riabilitativa Generale e Specialistica	U.O.S.D.
<b>SALUTE MENTALE</b>	<b>Struttura</b>
Psichiatria	U.O.C.
Psichiatria – Interventi Precoci nelle Psicosi	U.O.C.
Psichiatria D'Urgenza	U.O.C.
Psicoterapia	U.O.S.
<b>SANITÀ PUBBLICA E SERVIZI DI LABORATORIO</b>	<b>Struttura</b>
Patologia Clinica e Molecolare	U.O.C.
Anatomia e Istologia Patologica	U.O.C.
Igiene Ospedaliera	U.O.C.
Medicina Legale	U.O.C.
Risk Management	U.O.C.
Virologia e Microbiologia	U.O.C.

Monitoraggio delle Infezioni Correlate alla Assistenza Ospedaliera	U.O.S.
Medicina del Lavoro	U.O.S.
Prevenzione e Riabilitazione Malattie Broncopolmonari	U.O.S.D.

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

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

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

- Servizio di preospedalizzazione;
- Poliambulatorio per attività istituzionale e attività Intramoenia.

Si segnala che è in itinere la procedura di assegnazione da parte dell'Ateneo all'Azienda di spazi attigui a quelli già in uso al fine di aumentare gli spazi fruibili all'utenza in aumento costante.

### ***Rete delle emergenze***

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

A tale programma questa Azienda partecipa attivamente con:

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



- l'AOU *Luigi Vanvitelli* è identificata nel D.C.A.33/2016, quale Spoke di II livello nella rete della Terapia del Dolore; a tal fine nel DAI di Diagnostica per immagini, area critica e terapeutica è stata identificata a svolgere le attività previste all'interno della UOC di Anestesia, Analgesia e Rianimazione la U.O.S. di Tossicologia di Urgenza e Terapia del Dolore.

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

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

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

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

Le figure professionali fondamentali per la costituzione del GOM sono:

- l'Oncologo Medico
- il Chirurgo
- il Radioterapista

In base allo specifico PDTA ed al variare della storia naturale della malattia, prenderanno parte per i loro ambiti di competenza anche altri professionisti che partecipano alla piena realizzazione del Percorso Assistenziale, quali ad esempio:

- ginecologo
- infermiere, tra cui infermiere specializzato nella preparazione ed erogazione di chemioterapie antineoplastiche
- anestesista/rianimatore, anche con esperienza nella gestione di accessi venosi centrali e periferici
- medico esperto nella gestione della terapia del dolore

- genetista/Biologo Molecolare/Biotecnologo Genetista con esperienza nel settore oncologico
- medico di laboratorio
- anatomopatologo/Citopatologo
- farmacista responsabile di servizio U.MA.C. A/U.F.A.
- radiologo
- radiologo Interventista
- medico Nucleare
- fisiatra
- nutrizionista
- psico-oncologo

Ogni singolo specialista può partecipare a più GOM.

I GOM devono:

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

I provvedimenti deliberativi di riferimento sono i seguenti:

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

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

- tumori cutanei
- tumore del colon retto
- tumori ginecologici e mammari
- tumore del polmone
- tumori dell'apparato urinario
- tumori gastrici
- tumori eredo familiari
- tumori del distretto testa collo

- tumori del sistema nervoso centrale
- melanoma coroidale
- epatocarcinoma
- colangiocarcinoma
- tumori cutanei non melanoma
- tiroide

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

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

Con delibera n. 851 del 14/12 2021 vi è la presa d'atto del:" Protocollo di intesa

tra "A.O.U. Luigi Vanvitelli" e la "A.S.L. Napoli 2 Nord" per la realizzazione dei GOM interaziendali e relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali PDTA oncologici",

finalizzato all'implementazione di attività secondo il modello PDTA per i GOM interaziendali attivi ed attivabili.

- GOM Mammella
- GOM Colon
- GOM Retto
- GOM Stomaco
- GOM Pancreas
- GOM Rene
- GOM Vescica
- GOM Testicolo
- GOM Prostata
- GOM Melanoma della cute
- GOM Melanoma della coroide
- GOM Polmone
- GOM Epatocarcinoma

- GOM Colangiocarcinoma
- GOM Testa-collo
- GOM Tiroide
- GOM Mesotelioma
- GOM Tumori cutanei non melanoma

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

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

### ***Percorsi diagnostici terapeutici (PDTA)***

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

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

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

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

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

- Pazienti affetti da tumore della mammella o ad alto rischio eredo-familiare (da Delibera n. 273 del 7-12-2016)
- Diabete Mellito (da Delibera n. 193 del 15-11-2016)
- Malattie rare pediatriche (di cui alle Delibere Regionali nn. 91 e 105 del 2014)
- Pazienti affetti da tumore del colon-retto (da Delibera n. 292 dell'11-5-2017)
- Gestione del "Piede Diabetico" (da Delibera n. 127 del 23-2-2017)
- Paziente affetto da artrite reumatoide tramite una migliore implementazione dell'ambulatorio dedicato all'artrite all'esordio e alla presa in carica del paziente" (da Delibera n. 105 del 16-2-2017)
- Pazienti affetti da tumore del polmone (da Delibera n. 370 del 18-4-2018)
- Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) (da Delibera n. 272 del 19-3-2018)
- Pazienti con melanoma (da Delibera n. 259 del 15-3-2018)
- Paziente affetto da Malattia di Parkinson (MP) complicata da disturbi gastrointestinali (DGI) (da Delibera n. 91 del 6-2-2018)
- Tumore della Prostata (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Testicolo (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Melanoma delle corioidee (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Pancreas (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore dello Stomaco (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumore del Rene (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Tumori del Sistema Nervoso Centrale (da Delibera n. 683 del 4-06-2019)
- Patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro governance nelle Malattie Rare (da Delibera n. 426 del 20-7-2020)
- Paziente adulto con maculopatia (da Delibera n. 647 del 24-9-2021)
- Pazienti affetti da cefalee (da Delibera n. 646 del 24-9-2021)
- Paziente con insufficienza terminale di organo (rene) (da Delibera n. 638 del 23-9-2021)
- Trapianto di fegato (da Delibera n. 637 del 23-9-2021).

### **Centri Riferimento Regionale e Reti Ospedaliere**

La A.O.U. Luigi Vanvitelli è centro di riferimento regionale per numerose attività cliniche. Vengono riportati, all'interno della Tabella 11, i Centri di riferimento regionale attivi presso questa Azienda

**Tabella 11**

Denominazione centro
Centro per la prevenzione e la riabilitazione per l'ipovisione e la cecità in età evolutiva (DGR 474 del 25/03/10)

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

### **Malattie rare**

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

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

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

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

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

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

L’A.O.U., in tal senso, è l’Azienda leader in Campania: alla data del 31/12/2022, figurano iscritti nel Registro Regionale Campano delle Malattie Rare **11670** pazienti visitati presso l’A.O.U.; di essi, **2650, pari al 22,7%**, provengono da fuori Regione, a testimonianza del fatto che la qualità dell’assistenza erogata genera attrattività sull’intero territorio nazionale.

Tra le patologie rare a maggior rilievo sociale, trattate nell’ambito dell’AOU, si citano: SLA, Retinopatie ereditarie (con particolare riguardo alla Retinite Pigmentosa), Neurofibromatosi, Distrofie Muscolari (Duchenne, Becker, Miotonica, Dejerine, Erb, etc.), Glicogenosi, Malattie Mitocondriali, Talassemie, Sferocitosi Ereditaria, Sindrome di Klinefelter, Sindrome di Turner, Connettivite Mista, Connettiviti Indifferenziate, Vasculiti Primitive, etc.

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

- U.O. di Oftalmologia, Centro di Eccellenza riconosciuto in ambito nazionale ed internazionale per la diagnosi e la cura delle Retinopatie Ereditarie, facente parte della Rete Telethon;

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

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

### **Le risorse**

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

La Regione Campania concorre con:

- finanziamento delle attività assistenziali nelle modalità stabilite dall'articolo 7 del d.lgs. n. 517/99 e nel rispetto dei vincoli fissati dal Piano di rientro del disavanzo;
- finanziamento annuo aggiuntivo per risultati di performance e qualificazione;
- risorse finanziarie indicate nel programma regionale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, ex art. 20 legge 11 Marzo 1988 n. 67;
- finanziamento di nuovi programmi assistenziali;



- finanziamenti per la ricerca clinica determinati in specifici programmi concordati con l'Università e l'AOU;
- finanziamento della spesa sostenuta per i farmaci rientranti nel c.d. "file F" e per i farmaci di fascia H dispensati ai residenti in Campania per l'uso domiciliare, nonché per quelli erogati ai sensi delle deliberazioni di Giunta Regionale nn.4063 e 4064 del 7 luglio 2001 e delle delibere di G.R. n. 737/06 e 1034/06.

L'Università concorre con:

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

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

### **Contesto esterno**

Per il triennio 2023-2025, i contenuti di questo PIAO, oltre a discendere dai contenuti della normativa vigente nazionale e regionale, sono principalmente legati agli obiettivi fissati dal documento del Piano di Efficientamento, unitamente a quelli assegnati alla direzione strategica dalla Regione stessa.

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

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

L'analisi del contesto esterno prende a riferimento le variabili significative dell'ambiente in cui l'AOU svolge le proprie attività. L'attenzione è rivolta ai principali stakeholder in grado di incidere sulla capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi. Tra gli stakeholder istituzionali, assumono una particolare importanza il Ministero della Salute, la Regione Campania e le altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale e regionale.

Il **territorio** della regione Campania è pari a 13.670,60 km<sup>2</sup> e si posiziona all'undicesimo posto per estensione territoriale rispetto alle altre regioni italiane. È costituita da 550 comuni raggruppati in 5 province.

Con una **popolazione** di oltre 5,5 milioni di abitanti (5.586.275 al 31 gennaio 2022), la Campania si posiziona al terzo posto fra le regioni d'Italia più popolate (dopo la Lombardia e il

Lazio) su un totale di 58.983.122 abitanti nel nostro paese. In Campania, in sintesi, abita il 9,47% della popolazione italiana. La popolazione straniera, il 4,5% della popolazione campana, è proveniente dall'Ucraina, seguita dalla Romania e dal Marocco. La Campania è la regione che ha i cosiddetti campi rom informali più "popolosi".

Volendo considerare la pressione demografica, che è pari a 411 abitanti/kmq, la Campania si colloca al primo posto, mentre la media italiana è di 196 abitanti/kmq.

Il valore di densità abitativa, oltre che essere il maggiore tra le regioni italiane<sup>1</sup>, risulta altresì sbilanciato tra le aree interne e la fascia costiera: la forte concentrazione di attività produttive nell'area costiera attrae consistenti masse insediative lungo la costa campana. In particolare, nella provincia di Napoli, si ha la concentrazione di oltre il 53% della popolazione.

L'utenza di riferimento e che costituisce un altro stakeholder del Policlinico Vanvitelli è identificata prevalentemente nella popolazione della Città metropolitana di Napoli, che, secondo le rilevazioni eseguite dall'ISTAT riferite al periodo 2020, è pari a 3.034.410 di abitanti. La città di Napoli, che si estende su un territorio di circa 1171 km<sup>2</sup>, è la prima città metropolitana per densità abitativa del Paese.

Le tabelle che seguono permettono di suddividere per fasce d'età (Tabella 12 e Tabella 13) e per sesso (Tabella 12) la popolazione della Città metropolitana partenopea con quella regionale e nazionale.

**Tabella 12**

Età	Napoli (Maschi)	Campania (Maschi)	Italia (Maschi)
0-9	147.148	263.718	2.515.438
10-19	180.496	322.441	2.945.914
20-29	192.219	355.330	3.154.464
30-39	189.021	358.948	3.451.730
40-49	217.133	410.263	4.445.998
50-59	216.650	418.843	4.617.152
60-69	164.864	320.879	3.527.662
70-79	114.542	221.431	2.736.539
80-89	45.078	98.936	1.438.596
90-100 anni e più	5.722	13.827	216.603
<b>Totale</b>	<b>1.472.873</b>	<b>2.784.616</b>	<b>29.050.096</b>
Età	Napoli (Femmine)	Campania (Femmine)	Italia (Femmine)
0-9	138.358	248.558	2.377.056
10-19	170.773	304.844	2.760.202
20-29	185.420	338.149	2.929.918
30-39	190.320	356.310	3.402.902
40-49	228.390	425.334	4.491.231

<sup>1</sup> Fonte: Elaborazioni a cura di Progetto di Ricerca di Interesse Nazionale "Territori post-metropolitani come forme urbane emergenti: le sfide della sostenibilità, abitabilità e governabilità", [www.postmetropoli.it](http://www.postmetropoli.it)

50-59	236.965	449.841	4.797.043
60-69	184.347	349.988	3.836.702
70-79	138.499	262.949	3.231.834
80-89	73.366	156.337	2.189.564
90-100 anni e più	15.099	35.217	574.940
<b>Totale</b>	<b>1.561.537</b>	<b>2.927.527</b>	<b>30.591.392</b>

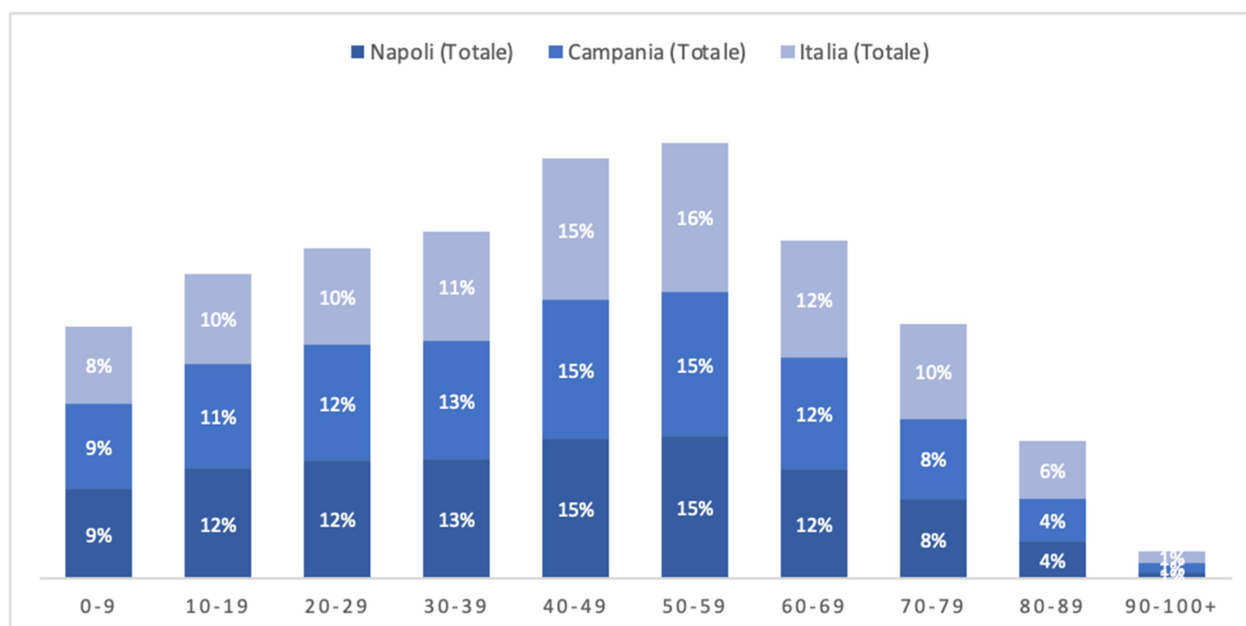
## Tabella

13

Età	Napoli (Totale)	Campania (Totale)	Italia (Totale)
0-9	285.506	512.276	4.892.494
10-19	351.269	627.285	5.706.116
20-29	377.639	693.479	6.084.382
30-39	379.341	715.258	6.854.632
40-49	445.523	835.597	8.937.229
50-59	453.615	868.684	9.414.195
60-69	349.211	670.867	7.364.364
70-79	253.041	484.380	5.968.373
80-89	118.444	255.273	3.628.160
90-100 anni e più	20.821	49.044	791.543
<b>Totale</b>	<b>3.034.410</b>	<b>5.712.143</b>	<b>59.641.488</b>

La normalizzazione e successiva trasposizione dei dati nella Figura 2 permettono di evidenziare una distribuzione della popolazione della Città metropolitana di Napoli piuttosto in linea con quella riferita alla regione. Con riferimento a quest'ultima, è rilevabile che le persone appartenenti alla fascia d'età più bassa (fino a 39 anni) sono in numero maggiore rispetto a quelle con età più alta (dai 50 ai 59 anni e dai 70 agli 89).

Figura 2



Dalla lettura congiunta delle tabelle sopra esposte è possibile individuare un potenziale bacino di riferimento composto da una popolazione con età maggiore di 65 anni del 18,06% (dato nazionale: 22,01%). Interessante è il potenziale numero di pazienti in età pediatrica (da 0 a 14 anni), che rappresenta il 13,85% della popolazione della Città metropolitana, contro il 13,17% regionale e il 12,01% nazionale.

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

Con riferimento alla mortalità, la Tabella 14 fornisce una fotografia dell'andamento assunto dagli indicatori che registrano il numero di morti assoluto e relativo (per ogni 1.000 abitanti), distinguendo il dato tra i decessi riconducibili ai soggetti di sesso maschile e femminile.

**Tabella 14**

<b>Morti</b>				
<b>Periodo</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Differenza %</b>
2016	12920	13607	26527	
2017	13536	14595	28131	6,05%
2018	13219	13574	26793	-4,76%
2019	12985	13835	26820	0,10%
2020	15108	14880	29988	11,81%
<b>Quoziente di mortalità (per 1.000 abitanti)</b>				
<b>Periodo</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Differenza %</b>
2016	8,70	8,60	8,60	
2017	9,10	9,30	9,20	6,98%
2018	8,90	8,60	8,80	-4,35%
2019	8,80	8,80	8,80	0,00%
2020	10,30	9,60	10,00	13,64%

Il dato, riferito agli ultimi 5 anni (2016-2020), evidenzia un forte aumento dei decessi per l'anno 2020, le cui cause possono rintracciarsi negli effetti diretti e indiretti del COVID-19. L'età media al decesso, come testimoniato dalla Tabella 15, registra una tendenza in crescita. Ciò nonostante, confrontando il dato con la media nazionale, è possibile rinvenire un differenziale negativo di almeno 3 anni.

**Tabella 15**

<b>Periodo</b>	<b>Napoli</b>			<b>Italia</b>			<b>Differenza</b>
	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	
2016	74,50	80,30	77,50	77,70	83,30	80,70	-3,20
2017	74,30	80,00	77,20	77,80	83,30	80,70	-3,50
2018	74,90	80,60	77,80	78,30	83,60	81,10	-3,30
2019	74,80	80,40	77,60	78,20	83,70	81,10	-3,50
2020	75,30	80,80	78,10	78,50	83,90	81,40	-3,30

Volgendo l'attenzione al tasso di mortalità infantile, calcolato per ogni 1.000 soggetti nati vivi, è possibile riscontrare un preoccupante aumento dei decessi registrato negli anni 2017 e 2018 (+26% e +20% morti per ogni 1.000 nati vivi, rispettivamente), a cui tuttavia segue una forte flessione nel 2019, come riportato nella Tabella 16. Inoltre, il confronto del dato con il benchmark nazionale consegna, ad eccezione dell'anno 2016, un differenziale negativo che ha registrato il suo valore più alto nel 2018 (-1,33).

**Tabella 16**

Periodo	Napoli			Italia			Differenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
2015	3,43	2,82	3,13	3,10	2,68	2,90	-0,23
2016	2,56	3,01	2,78	3,01	2,61	2,81	0,03
2017	3,99	2,99	3,50	2,91	2,59	2,75	-0,75
2018	4,58	3,81	4,21	3,12	2,63	2,88	-1,33
2019	3,14	3,05	3,10	2,67	2,33	2,50	-0,60

Prendendo in considerazione l'intera regione (unità di analisi più piccola disponibile per l'analisi che segue), è possibile esaminare, per 100 persone che presentano le stesse caratteristiche, lo stato di salute della Campania e quello dell'intero Paese. La Tabella 17 riporta la distribuzione del fenomeno per l'anno 2020, ultimo periodo disponibile.

**Tabella 17**

Individui	Italia	Campania
Persone in buona salute	72	71,1
Persone con almeno una malattia cronica	40,9	38,6
Persone con almeno due malattie croniche	20,8	21
Persone con malattie croniche in buona salute	47,3	40,8
Malati cronici (affetti da diabete)	5,9	7,6
Malati cronici (affetti da ipertensione)	18,3	19,2
Malati cronici (affetti da bronchite cronica)	5,8	7
Malati cronici (affetti da artrosi, artrite)	14,7	14,9
Malati cronici (affetti da osteoporosi)	8,1	8,9
Malati cronici (affetti da malattie del cuore)	4,2	4
Malati cronici (affetti da malattie allergiche)	11,6	10,6
Malati cronici (affetti da disturbi nervosi)	4,7	5,2
Malati cronici (affetti da ulcera gastrica o duodenale)	2,4	2,3

Dalla lettura della tabella è possibile osservare che, per ogni 100 persone che presentano le medesime caratteristiche, la percentuale di malati cronici in Campania è superiore alla media nazionale per la maggioranza delle malattie rilevate dell'ISTAT. In particolare, appare

preoccupante la percentuale di malati cronici affetti da diabete (+1,7 rispetto al dato nazionale). Prendendo a riferimento la Campania, la Tabella 18 permette di osservare i valori assunti dai diversi indicatori nel corso degli ultimi 5 anni.

**Tabella 18**

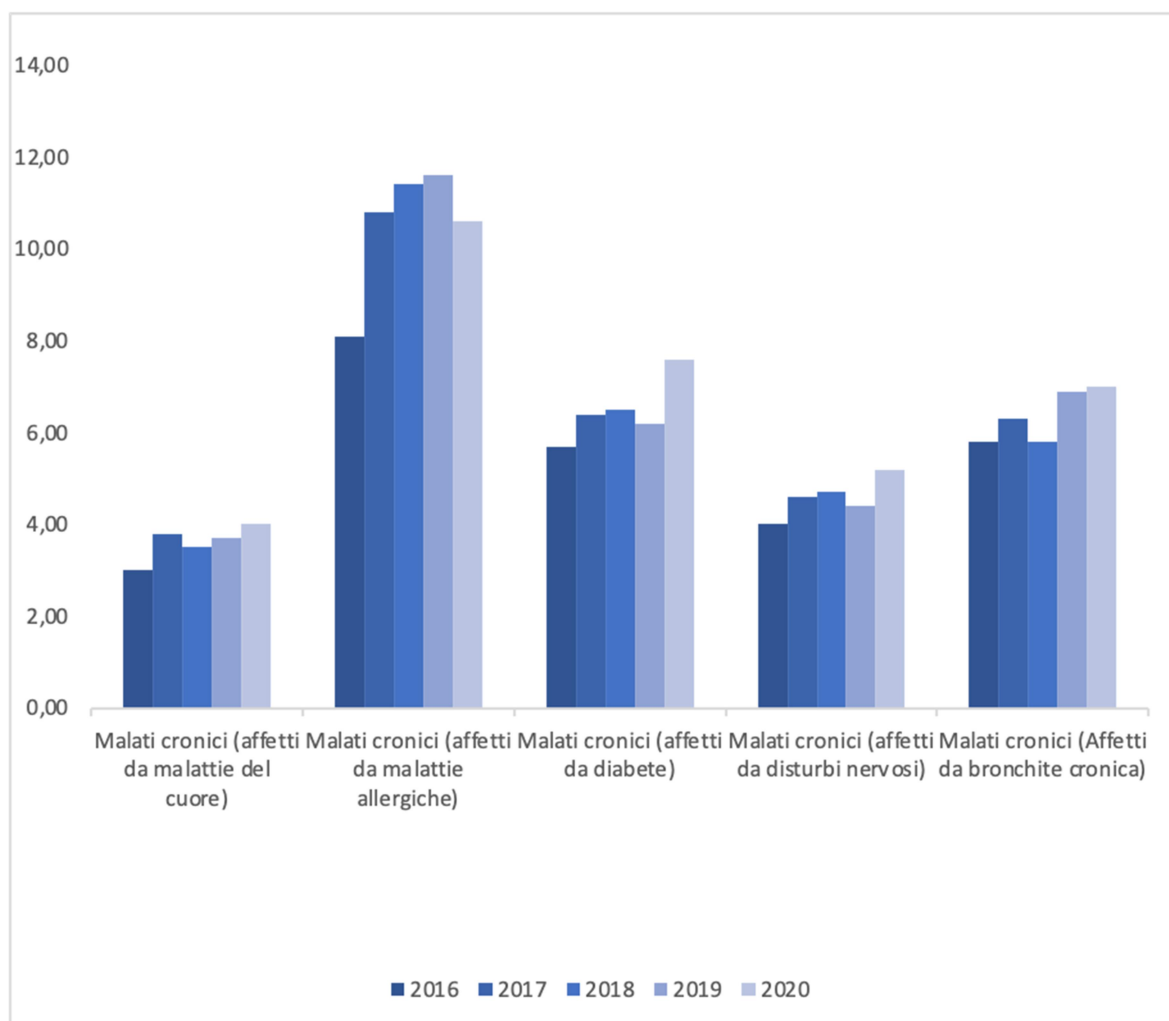
Individui	2016	2017	2018	2019	2020	Δ2017	Δ2018	Δ2019	Δ2020	ΔTotale
Persone in buona salute	72,00	70,20	69,50	71,40	71,10	-2,50%	-1,00%	2,73%	-0,42%	-1,18%
Persone con almeno una malattia cronica	34,00	37,40	37,50	37,10	38,60	10,00%	0,27%	-1,07%	4,04%	13,24%
Persone con almeno due malattie croniche	19,20	20,40	21,40	21,10	21,00	6,25%	4,90%	-1,40%	-0,47%	9,28%
Persone con malattie croniche in buona salute	38,40	37,60	38,60	41,30	40,80	-2,08%	2,66%	6,99%	-1,21%	6,36%
Malati cronici (affetti da diabete)	5,70	6,40	6,50	6,20	7,60	12,28%	1,56%	-4,62%	22,58%	<b>31,81%</b>
Malati cronici (affetti da ipertensione)	17,00	17,50	19,30	17,40	19,20	2,94%	10,29%	-9,84%	10,34%	13,73%
Malati cronici (affetti da bronchite cronica)	5,80	6,30	5,80	6,90	7,00	8,62%	-7,94%	18,97%	1,45%	<b>21,10%</b>
Malati cronici (affetti da artrosi, artrite)	15,40	15,80	15,40	15,30	14,90	2,60%	-2,53%	-0,65%	-2,61%	-3,20%
Malati cronici (affetti da osteoporosi)	7,50	7,90	8,30	8,70	8,90	5,33%	5,06%	4,82%	2,30%	17,51%
Malati cronici (affetti da malattie del cuore)	3,00	3,80	3,50	3,70	4,00	26,67%	-7,89%	5,71%	8,11%	<b>32,59%</b>
Malati cronici (affetti da malattie allergiche)	8,10	10,80	11,40	11,60	10,60	33,33%	5,56%	1,75%	-8,62%	<b>32,02%</b>
Malati cronici (affetti da disturbi nervosi)	4,00	4,60	4,70	4,40	5,20	15,00%	2,17%	-6,38%	18,18%	<b>28,97%</b>
Malati cronici (affetti da ulcera gastrica o duodenale)	2,00	1,70	1,90	2,30	2,30	-15,00%	11,76%	21,05%	0,00%	17,82%

Dalla lettura della tabella traspare una preoccupante crescita totale di 5 tipologie di malati cronici:

- Malati cronici affetti da malattie del cuore (+32,59%)
- Malati cronici affetti da malattie allergiche (+32,02%)
- Malati cronici affetti da diabete (+31,81%)
- Malati cronici affetti da disturbi nervosi (+28,97%)
- Malati cronici affetti da bronchite cronica (+21,10%)

La tendenza è altresì rappresentata dalla Figura 3

Figura 3



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

Preme segnalare che, nell'attuale contesto operativo dell'AOU, causa l'emergenza epidemiologica da COVID-19, assume particolare rilevanza il fatto che l'azienda è impegnata nell'ambito dell'attività di assistenza ai pazienti contagiati, che comporta una sottrazione di professionalità al quotidiano svolgimento delle attività.

Il settimo Rapporto realizzato congiuntamente dall'ISTAT e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) offre una sintesi delle principali caratteristiche di diffusione dell'epidemia COVID-19 e del suo impatto sulla mortalità totale del biennio 2020-2021, nonché un'analisi dettagliata della più recente fase epidemica estesa fino al mese di gennaio 2022. Sulla scorta di tali dati, la Tabella 19 considera la Campania come popolazione di riferimento, consegnando una panoramica dei

principali impatti collegati alla pandemia. Giova segnalare che nel 2021, come riportato dal Rapporto, le Regioni e/o Province autonome con più alta mortalità da COVID-19 risultano Friuli-Venezia-Giulia, Campania, Molise ed Emilia-Romagna. Passando al dettaglio provinciale, Napoli è inclusa nel novero delle province con più alti tassi di mortalità legata al COVID-19 nel 2021 (63,0 per 100.000 abitanti), insieme a Prato e preceduta soltanto da Trieste (66,8) e Udine (77,4).

**Tabella 19**

Regione	Decessi COVID 2019	Tasso standardizzato decessi COVID 2019	Decessi COVID 2020	Tasso standardizzato decessi COVID 2020
Piemonte	7979	63	3348	27
Valle d'Aosta	382	104	104	28
Lombardia	25362	102	9625	37
Provincia Autonoma Bolzano	798	60	534	41
Provincia Autonoma Trento	946	62	434	32
Veneto	722	53	5192	40
Friuli-Venezia Giulia	1802	46	2404	66
Liguria	288	57	1586	33
Emilia-Romagna	7863	62	63	51
Toscana	3636	33	3735	36
Umbria	621	24	863	36
Marche	156	36	1689	38
Lazio	3951	30	4769	37
Abruzzo	1301	38	1327	41
Molise	202	24	333	51
Campania	3481	34	5269	52
Puglia	2639	29	4274	49
Basilicata	287	21	356	27
Calabria	481	11	1064	27
Sicilia	2831	27	4599	45
<b>Sardegna</b>	<b>943</b>	<b>23</b>	<b>900</b>	<b>22</b>
<b>Nord</b>	<b>55232</b>	<b>73</b>	<b>29527</b>	<b>39</b>
<b>Centro</b>	<b>9768</b>	<b>31</b>	<b>11056</b>	<b>37</b>



<b>Mezzogiorno</b>	<b>12165</b>	<b>28</b>	<b>18122</b>	<b>43</b>
<b>Italia</b>	<b>77165</b>	<b>51</b>	<b>58705</b>	<b>40</b>

Per quanto attiene alle ricadute dell'emergenza sull'AOU, si apprende che quanto previsto nel documento programmatico del 2019 (delibera n. 340 del 23 dicembre 2019) per l'anno 2020 è stato oggetto di inevitabili rallentamenti nella realizzazione di alcuni punti, imputabili alla attivazione di necessarie procedure di carattere straordinario in osservanza alle misure nazionali di contenimento e prevenzione della pandemia. L'istituzione di una unità di crisi, avvenuta con delibera n. 214 del 24 marzo 2020 e 265 del 15 maggio 2020, ha permesso l'elaborazione e la redazione di ""Procedure operative aziendali per la gestione dei casi sospetti e contatti di malattia respiratoria da nuovo Coronavirus (COVID-19)" (delibera n. 28 del 10 Aprile 2020). Per i principali punti e la composizione di detta unità, si rimanda al Documento di Attività e Programmazione per l'Integrazione della Assistenza, Didattica e Ricerca Anno 2021/2022.

### **Contesto interno**

L'AOU è una realtà ad elevata complessità gestionale e di medie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

Con la adozione dell'Atto Aziendale nell'anno 2017, l'Azienda ha subito un intervento riorganizzativo, sia per i dovuti adempimenti normativi, ai sensi del DCA n. 18 del 18 febbraio 2013 e del DCA n. 33 del 17 maggio 2016, sia per la concomitante nomina dei nuovi vertici aziendali.

Il nuovo assetto aziendale potenziava i servizi a supporto delle decisioni degli organi politici e di indirizzo dell'Azienda e rimodulava l'organizzazione dei Dipartimenti clinico-assistenziali.

La riorganizzazione ha dovuto rispettare il numero massimo di Unità Operative Complesse (calcolato sul numero di Posti Letto attribuiti all'Azienda con il DCA n. 33 del 17 maggio 2016) e il numero massimo di Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali (calcolato a loro volta sul numero di Unità Operative Complesse).

Per i motivi esposti, la rideterminazione delle articolazioni organizzative ha richiesto un grosso impegno da parte dei vertici Aziendali e Universitari, affinché le stesse rientrassero numericamente nei parametri dettati dalla Regione in un'ottica di *spending review*.

L'Azienda, inoltre, eroga prestazioni di alta specialità e si avvale della presenza di professionisti di riconosciuta fama che richiamano utenti anche da altre Regioni, riuscendo, al contempo, grazie alle elevate capacità organizzative presenti a tutti i livelli, ad operare in condizioni di efficienza nonostante la carenza di personale in organico, che rende imprescindibile il ricorso a prestazioni di lavoratori inquadrati con contratti atipici.

Infine, l'azienda risente negativamente della presenza di tecnologie, in alcuni casi, da rinnovare e, per la peculiarità delle proprie strutture di ricovero, della presenza di opere di ristrutturazione avviate diversi anni orsono e non ancora concluse che, inevitabilmente, si ripercuotono negativamente sull'organizzazione del lavoro e ne limitano le potenzialità.

La Tabella 20, attraverso l'adozione dello strumento SWOT Analysis e della sua consueta terminologia, distingue i fattori endogeni (punti di forza e punti di debolezza) e i fattori esogeni

(opportunità e minacce) che influenzano il raggiungimento degli obiettivi che l'Azienda ha fatto propri.

**Tabella 20**

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

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

Il contributo delle persone è infatti fondamentale per lo sviluppo di ogni organizzazione sanitaria e ne rappresenta il capitale intellettuale. La sua valorizzazione è un punto prioritario anche alla luce della nuova geografia delle professioni.

Come già evidenziato, la peculiarità dell'AOU si esplicita nel dover espletare, in maniera integrata, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, perseguendo con coerenza ed equilibrio l'obiettivo di tutela globale della salute come ospedale e di supporto organico alle attività universitarie.

Per la connotazione di tale strategia, l'AOU deve essere posta a confronto con strutture istituzionalmente e funzionalmente omogenee sia in termini dimensionali (es. dotazione posti letto, unità di personale su posto letto) che per tipologia (specificità e modalità di esercizio) dell'attività assistenziale (es. quantificazione attività chirurgiche rispetto a quelle mediche, peso medio per DRG, ecc.).

Tra i punti di debolezza, si segnalano i processi ITC, la vetustà e la dispersione logica delle strutture nonché le difficoltà di accessibilità alle stesse.

Discorso a parte merita, invece, il personale ovvero la forza produttiva aziendale, che negli anni passati vedeva il continuo ricorso a forme contrattuali atipiche/flessibili e risultava alquanto

penalizzato dal rigido blocco delle assunzioni. Tali aspetti assumevano i connotati di veri e propri "punti di debolezza", acuiti ulteriormente da un'elevata età media e da una sostenuta percentuale (tra il 15 e il 30%) di soggetti svolgenti mansioni ridotte e/o limitate anche se in virtù di concessioni normative, determinando una significativa riduzione del potenziale produttivo.

Con il nuovo management e la grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus COVID-19, si è dato un forte impulso alle fasi di reclutamento. Lo scenario relativo ai fabbisogni di personale da parte del SSN è stato modificato radicalmente dalla grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus COVID-19, in relazione alla quale il legislatore statale ha individuato una serie di misure di natura straordinaria, aventi riflesso anche sui livelli di finanziamento statale del SSN e sui vincoli di spesa in materia di personale, in particolare il Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni in Legge del 17 Luglio 2020, n. 77 con la quale si dispone l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, al fine di garantire anche pluralità di soluzioni assistenziali.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 252 del 15 giugno 2021 ad oggetto "Approvazione Piano Triennale di Fabbisogno di Personale AOU "Luigi Vanvitelli" - Triennio 2020-2022" è stato approvato il piano precedentemente adottato in via provvisoria da questa Azienda con delibera del D.G. n. 344 del 10 maggio 2021.

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

Durante l'anno in corso, così come programmato nell'anno precedente e in ragione anche della necessità di dover fare fronte al reclutamento di personale in area critica per l'emergenza COVID 19, è proseguita l'attività di espletamento delle procedure concorsuali, a tempo indeterminato, per il reclutamento del personale di cui al PTFP.

Per i quali si rimanda alla specifica sottosezione del PIAO.

Le elevate professionalità che contraddistinguono l'AOU trovano una genesi nell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. Integrazione che, tuttavia, comporta una struttura dei costi peculiare. A ben vedere, infatti, la struttura dei costi aziendale è più rigida rispetto ad altre aziende ospedaliere: le evidenze scientifiche segnalano infatti che un ospedale universitario ha costi superiori del 30% rispetto ad altri ospedali a causa della sua intrinseca vocazione, condizionando altresì anche i valori dell'indice di rotazione dei posti letti.

Segnatamente, negli ospedali universitari sono da prendere in considerazione, nell'ambito dei costi generali di gestione, ulteriori costi assistenziali legati esclusivamente alle attività didattiche e di ricerca quali:

- costi sanitari diretti delle attività di formazione cliniche e/o chirurgiche degli specializzandi; - Aumento dei tempi assistenziali;
- utilizzo a scopo didattico del materiale di consumo;
- ridotto orario di servizio, relativo all'attività assistenziale, del personale docente e ricercatore, limitato a 22 ore settimanali rispetto alle 38 ore previste per il personale medico delle aziende ospedaliere.

Si segnala che, ai sensi del D.L. del 19 maggio 2020 n. 34, convertito dalla legge 17 luglio 2020 n. 77, recante “misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” e, in particolare l’art.2 recante disposizioni per il “Riordino della rete ospedaliera in relazione all’emergenza COVID-19”, al fine di rafforzare strutturalmente il S.S.N. in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da Covid-19 in corso, l’AOU Vanvitelli ha programmato una serie di interventi che, su indicazione della Regione, sono volti, nell’ambito del perseguimento degli obiettivi posti dal piano nazionale di riorganizzazione delle strutture sanitarie.

Per tali interventi, in attuazione di quanto indicato dall’art. 2 della legge 17 luglio 2020 n° 77 rubricato “Riordino della rete ospedaliera in relazione all’emergenza da COVID-19” sono stati richiesti ed approvati specifici finanziamenti.

Con successiva nota della Unità di Crisi regionale n. 2654 del 26 agosto 2020 veniva comunicata ai Direttori Generali delle AA.SS. la approvazione del piano di riorganizzazione ospedaliera della Regione Campania e la approvazione dei finanziamenti richiesti.



**Valore Pubblico, Performance,  
ed Anticorruzione**

## 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Valore pubblico

Il Valore pubblico, entrato recentemente in seno alla riforma della PA, costituisce un nuovo paradigma, caratterizzato da una certa potenzialità evocativa, e può essere definito come **l'incremento del benessere reale** (economico, sociale, culturale, ambientale etc.) che si viene a creare nei confronti della collettività.

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

Il Valore pubblico riguarda, pertanto, sia l'impatto esterno generato dalle PA e diretto ai cittadini, utenti e *stakeholder*, sia le condizioni interne all'ente, nei confronti delle quali deve tendere detto miglioramento, prendendo in considerazione "come" il "benessere addizionale" venga prodotto e non solo "cosa", mediante un'azione complessiva orientata verso una prospettiva di medio-lungo periodo.

Il Valore pubblico si realizza, quindi, mediante una combinazione bilanciata tra economicità e socialità, con particolare attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui la PA riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

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

Considerato che per valore pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli *stakeholders* creato dall'amministrazione pubblica, è di tutta evidenza che tale valore è proprio della mission aziendale.

L'AOU – alla stregua delle aziende sanitarie – è un'azienda professionale ad alto contenuto di capitale intellettuale (*brain-intensive* o *knowledge-intensive*) dove la componente umana, unitamente alla conoscenza dell'organizzazione, costituiscono due delle principali risorse a disposizione per il raggiungimento degli obiettivi strategici prefissati.

In particolare, le aziende sanitarie sono caratterizzate da una particolare complessità, non soltanto per via della dimensione strutturale e della rigidità della struttura di costo, ma altresì per la presenza di multi-professionalità che rendono complessa l'azione di orientamento della direzione strategica.

Nel quadro appena delineato, si collocano le aziende a valenza universitaria, caratterizzate da una complessità ancora più elevata, dal momento che l'attività del professionista è indirizzata verso l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. L'integrazione in parola si realizza nel perseguimento delle finalità per cui l'azienda è stata creata e nel rispetto dei riferimenti normativi a cui la medesima è chiamata a conformarsi.

Gli atti adottati dal management aziendale si concretizzano in progetti e azioni che, attraverso i processi organizzativi, determineranno l'erogazione di prestazioni nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia.

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

L'Azienda Ospedaliera Universitaria *Luigi Vanvitelli* si pone, quindi, come l'incontro di diverse professionalità (dirigenti, professori, docenti, tecnici sanitari, operatori, unità amministrative di vari profili) in grado di accogliere il paziente come persona nella sua integralità.

L'Azienda assume la responsabilità di creare valore pubblico mettendo a disposizione le conoscenze e le abilità di tutti i professionisti per dare corpo a strutture sanitarie sicure ed improntate al miglioramento e all'efficientamento.

L'organizzazione, in virtù di queste premesse, si presenta come un'organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare che non può essere gestita con le classiche regole di un'azienda produttrice di beni di consumo. I dirigenti professionisti presenti nell'AOU sono ciascuno un centro decisionale con elevata autonomia. Tale necessaria autonomia, per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti, deve prestare particolare attenzione al lavoro di gruppo. I professionisti sanitari sono tenuti a prendere decisioni sanitarie spesso importanti rispetto ai bisogni di salute posti dagli utenti. Da qui parte la responsabilità che l'Azienda deve assumersi.

In tale contesto, il concetto di trasparenza, favorendo l'accesso da parte della collettività alle informazioni dell'Azienda, è strettamente connesso al concetto di integrità, nel senso che quest'ultima può essere realizzata soltanto in un contesto amministrativo trasparente. La pubblicazione di determinate informazioni, pertanto, oltre a realizzare i principi della trasparenza e dell'integrità, si configura come uno strumento che permette di prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione.

L'AOU si impegna a porre i seguenti valori quali principi guida della propria azione strategica:

- **Responsabilità**, in quanto per un'appropriata presa in carico dei bisogni dei pazienti è necessario equilibrare l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo.
- **Consapevolezza**, che consente il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza.
- **Tutela del bene comune**, in quanto ciascuno è parte dei molteplici segmenti di cui l'attività amministrativa si compone. Per questo la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale.
- **Fiducia e trasparenza**, trattandosi di un'azienda che non produce beni di consumo né servizi da cui l'utente nell'arco della propria vita può prescindere. Il perseguimento della trasparenza e della fiducia, trovano spazio non solo nel versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.
- **Centralità della persona**, che è fulcro dell'attività a più livelli di questa Azienda. Più specificamente ciò che è centrale sono i bisogni e le aspettative del paziente. Il lavoro del policlinico, infatti, è votato alla garanzia dell'accessibilità a tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni al fine di una scelta consapevole, alla capacità dell'organizzazione di

rispondere con elevata professionalità, ai bisogni e alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi.

- **Ascolto e apertura**, in quanto la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza delle peculiarità dei pazienti, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il Territorio; l'ascolto e l'apertura devono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità e il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico.
- **Evoluzione e flessibilità**, poiché un ospedale di Terzo livello che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure, non solo come area di attività ma come forma mentis. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica finanche all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale.

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

### ***Le determinanti del Valore pubblico nell'AOU:***

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

- credere nel primato delle relazioni umane con le persone che scelgono di curarsi presso questa Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata formazione dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali;
- tendere alla qualità, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;
- accettare responsabilmente la sfida costituita dal superamento della visione "paziente-utente" verso la concezione della "cliente"; capace cioè di scegliere (direttamente o attraverso il proprio medico di famiglia) la prestazione sanitaria più aderente alle proprie necessità ed aspettative, tra quante presenti sul territorio e di diventare un interlocutore attivo con i sanitari nella definizione del proprio percorso di cura.

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



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

### **Sostenibilità e risparmio energetico**

È proprio nell'ottica della sostenibilità e del Risparmio Energetico che è stata formulata sia la Programmazione edilizia 2023-2024-2025 che l'adeguamento/aggiornamento delle tecnologie sanitarie - Programmazione 2023-2024. Naturalmente tali interventi permettono di rendere sempre più efficiente ed efficace il lavoro dei professionisti con quanto necessario alla diagnosi e cura dei pazienti che afferiscono alle varie UU.OO.CC ed ai fini della ricerca connessa

La Programmazione edilizia dell'AOU, riportata all'interno della Tabella 1, è riferita al patrimonio strutturale e tecnologico dell'AOU Vanvitelli, muovendo dalle prescrizioni normative relative ai requisiti strutturali, impiantistici ed organizzativi, esplicita gli interventi legati all'adeguamento degli edifici, degli impianti ed al riequilibrio tra gli spazi disponibili e le necessità operative.

Nella tabella sono inoltre riportati gli interventi oggetto di finanziamenti specifici con indicazione della fonte di finanziamento.

In particolare, oltre agli interventi in corso di realizzazione e programmati, viene data priorità assoluta agli interventi atti a garantire la sicurezza delle strutture e l'adeguamento degli impianti.

Sulla base delle risultanze di una serie di sopralluoghi effettuati, in particolare sui Padiglioni di Piazza Miraglia e sulle cliniche di Via De Crecchio si riporta, all'interno della Tabella 1, una tabella riepilogativa degli interventi individuati in ordine di priorità.

**Tabella 1**

<b>MANUTENZIONE STRAORDINARIA-RISTRUTTURAZIONE-RESTAURO 2023</b>		
Manutenzione straordinaria	Risanamento solaio di copertura 4 piano edificio di Clinica Pediatrica <b>Lavori gestiti dal Provveditorato LL.PP.</b>	525.000
Manutenzione straordinaria	Adeguamento di alcuni locali siti al piano terra della Clinica Ortopedica (ex Collegio Medico) per la realizzazione del reparto di nefrologia e dialisi	1.300.000
Ristrutturazione	Realizzazione impianto di VCCC (ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata) c/o reparto malattie infettive ED 3 Via Pansini (procedure di gara esperite, non ancora aperte le offerte economiche).	1.561.868
Ristrutturazione	Realizzazione nuove sale operatorie Oculistica edificio 15 Via Pansini <b>In attesa finanziamento POR FESR 2014-2020</b>	2.860.000
Ristrutturazione	Lavori di ristrutturazione dell'Edificio di ex Patologia in Piazzetta S. Andrea <b>Finanziamento ex DRGC 378/2020</b>	2.000.000
Manutenzione straordinaria	Interventi di ripristino marciapiedi del II e III Padiglione Policlinico Piazza Miraglia	180.000
Ristrutturazione	Lavori di ristrutturazione degli spazi al primo livello del III Padiglione di piazza Miraglia la installazione di una PET TC e una RM	2.750.000

<b>Finanziamento ex art. 20 l.67/88</b>		
Ristrutturazione	Ampliamento attesa CUP. Il Livella S. Andrea delle Dame	500.000
Restauro	Ambulatori di Psichiatria c/o Complesso di S. Andre delle Dame	350.000
	<b>Totale lavori oggetto di finanziamenti specifici</b>	<b>7.610.000</b>
	<b>Programmazione interventi edilizi</b>	<b>4.416.868</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>12.026.868</b>
<b>MANUTENZIONE STRAORDINARIA-RISTRUTTURAZIONE-RESTAURO 2024</b>		
Ristrutturazione	Lavori di ristrutturazione DELL'Edificio di ex Patologia in Piazzetta S. Andrea	3.000.000
	<b>Finanziamento ex DRGC 378/2020</b>	
Ristrutturazione	Nuove sale operatorie di Odontoiatria	1.750.000
Manutenzione straordinaria	Interventi manutentivi terrazzi copertura edifici A.O.U.	500 000
	<b>TOTALE</b>	<b>5.250.000</b>
<b>MANUTENZIONE STRAORDINARIA-RISTRUTTURAZIONE-RESTAURO 2025</b>		
Ristrutturazione	Lavori di ristrutturazione DELL'Edificio di ex Patologia in Piazzetta S. Andrea	3.001.100
	<b>Finanziamento ex DRGC 378/2020</b>	
Ristrutturazione	Lavori di adeguamento spazi dell'UOC di Anestesiologia e Rianimazione – Terapia antalgica c/o III Padiglione II Piano Emilato Ovest Piazza Miraglia	600.000
Manutenzione straordinaria	Verifiche vulnerabilità sismica 2 fase	150 000
Manutenzione straordinaria	Lavori di adeguamento spazi Cardiomiologia	250.000
Manutenzione straordinaria	Adeguamento locali Clinica Ortopedia	1.000.000
	<b>TOTALE</b>	<b>5.001.100</b>

### ***Tecnologie sanitarie: Programmazione 2023-2024***

La Direzione strategica dell'AOU è costantemente impegnata nella valutazione delle innovazioni tecnologiche necessarie per il miglioramento e l'implementazione dell'offerta assistenziale che dovrà essere improntata ai criteri di ricerca e di migliore assistenza nel perseguire la qualità e la efficienza delle prestazioni. In più è da rilevare che la gran parte del patrimonio tecnologico dell'Università (apparecchiature elettromedicali), acquistato con fondi di ricerca dai Dipartimenti Universitari e impiegato anche per le esigenze assistenziali è preso in carico dalla AOU che si occupa annualmente dei contratti di manutenzione degli stessi al fine di garantirne il corretto funzionamento e contestualmente evitare che i costi ricadano sui D.U.

Da segnalare che con l'insediamento della nuova governance vengono ripristinate le funzioni della commissione HTA.

L'Azienda rientra nel finanziamento per l'acquisizione di nuove apparecchiature sia di alta che media tecnologie, ai sensi **dell'art.20 legge 67/88**, per un importo complessivo di € 15.801.588,00 IVA inclusa come da nota pervenuta dalla Regione con prot.n°890759 dell'18.11.2019. Detto finanziamento comprende anche le eventuali opere edili, là dove

necessario, per la installazione e posa in opera delle grandi apparecchiature, oggetto di finanziamento.

L'AOU, inoltre, partecipa altresì al riparto previsto per i fondi messi a disposizione dal P.N.R.R. (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza), come rappresentato con nota della Regione prot.n°0571790 del 17.11.2021, assunta in pari data a prot.n°0032859/e da questa AOU, per il valore economico pari a € 1908.310- IVA inclusa.

Pertanto, basandosi su **risorse proprie e derivanti dai fondi messi a disposizione**, per gli anni 2023 e 2024 la A.O.U. "Luigi Vanvitelli" ha approntato un piano di aggiornamento e implementazione delle tecnologie elettromedicali scaturito da una attenta analisi dei fabbisogni da parte della Direzione Strategica al fine di rendere sempre più efficiente con quanto necessario alla diagnosi e cura dei pazienti che afferiscono alle varie UU.OO.CC e ai fini della ricerca ad esso connessa.

Le tipologie di apparecchiature rientranti in tale finanziamento sono, come da schema, rappresentate nelle Tabelle 2-4:

**Tabella 2**

Rif.	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Sistemi per Anestesia per varie CC.OO.	8	€ 341.600,00
2	Sterilizzatrici a Gas Plasma per varie CC.OO.	4	€ 380.640,00
3	Fornitura Colonna Gastro Accessori	3	€ 1.061.400,00
4	Piattaforme Endoscopiche con sistema di cablaggio audio/video per varie CC.OO. della U.O.C. Chirurgia Generale Laparoscopica mininvasiva e dell'Obesità	4	€ 823.500,00
5	Colonna Toracosopia	1	€ 329.400,00
6	Sistema di rilevazione osteoporosi con metodica ad ultrasuoni	1	€ 61.000,00
7	Lettore Transcutaneo per CO2	1	€ 20.130,00
8	PET/TC per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 2.196.000,00
9	Isole neonatale per la U.O.C. T.I.N.	2	€ 71.980,00
10	Fornitura di Tavoli Operatori per varie CC.OO.	4	€ 292.800,00
11	Screening Audiologico Neonatale	1	€ 18.300,00
12	Autoclavi per sterilizzazione strumentario chirurgico per varie CC.OO.	8	€ 590.400,00
13	Sistema a EEG per la U.O.C. T.I.N.	1	€ 36.600,00
14	Sistema di Diagnostica focalizzata ad ultrasuoni Sotto Risonanza Magnetica	1	€ 1.830.000,00
15	Fornitura Risonanza Magnetica per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 1.098.000,00
16	Forniture di lampade scialitiche per varie CC.OO.	10	€ 347.700,00
17	Fornitura di n°02 Centrali di monitoraggio con annessi rispettivamente 4 monitor per varie UU.OO.CC.	2	€ 134.200,00
18	Fornitura di incubatrici neonatali	6	€ 175.680,00
19	Sistema di monitoraggio per infezioni neonatali	2	€ 61.000,00

20	Fornitura di n°02 OCT per la U.O.C. Oculistica	2	€ 317.200,00
21	Sistema di monitoraggio invasivo della pressione neonatale	1	€ 30.500,00
22	Termociclatori per la U.O.D. Cardiomiologia	2	€ 39.040,00
23	Lampada a fessura	1	€ 10.500,00
24	Cappa a Flusso Laminare	1	€ 14.000,00
25	Congelatori – 80° C	2	€ 36.600,00
26	Congelatori – 20° C	2	€ 12.220,00
27	Frigo Farmaci + 4° C	3	€ 5.490,00
28	Sistema Monitoraggio Temperature da Remoto con n°05 sonde Ambientali e n°06 sonde per Apparecchiature del Freddo	1	€ 10.370,00
29	Travi Testa Letto	4	€ 12.200,00
30	Poltrone Infusione Farmaci	24	€ 52.704,00
31	Microscopio per Camera Operatoria	1	€ 402.600,00
32	Defibrillatori Manuali	10	€ 61.000,00
33	Pensili per Camera Operatoria	2	€ 77.584,00
34	Centrifuga Refrigerata	1	€ 4.888,00
35	Ventilatori Polmonari	2	€ 70.760,00
36	ECG 6 Ch con monitor	4	€ 14.090,00
37	Lampade scialitiche su carrello	8	€ 58.560,00
38	Lavaferri per strumentario chirurgico	2	18.560,00
39	Imbustatrici/sigillatrici	2	€ 4.880,00
40	Maceratore	1	€ 7.442,00
41	Lavapadelle	1	€ 7.930,00
42	Sistema Ecografico per la U.O.D. Chirurgia Colon	1	€ 207.400,00
43	Sistema Ecografico per la U.O.D. Cardiomiologia	1	€ 134.200,00
44	Fornitura di Ecografi Multidisciplinari occorrenti a: (U.O.C. Chirurgia Polispécialistica e dell'obesità, U.O.C. Medicina dello Sport, Ambulatorio Dermatologia/Anatomia Patologica, U.O.S. Chirurgia della Tiroide, U.O.C. Reumatologia)	5	€ 335.500,00
45	Sistema M.O.C. per la U.O.C. Ortopedia	1	€ 51.240,00
46	Stazione proctologica per la U.O.C. Chirurgia Colon-Retto	2	€ 146.400,00
47	Sistema per analisi del fondo oculare in modalità combinata luce + OCT per la U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
48	Sistema per biometria scheimpflug con annesso tomografo occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 146.400,00
49	Fornitura di OCT per segmento anteriore occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 150.000,00
50	Fornitura di retinografo ultrawide comprensivo di OCT annesso	1	€ 300.000,00

	occorrente alla U.O.C. Oculistica		
51	Fornitura di sistema retinografico per pazienti pediatrici occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
52	Fornitura di Biomicroscopio con lampada a fessura fotografica per la U.O.C. Oculistica	1	€ 15.000,00
		<b>TOTALE</b>	<b>€ 12.985.588,00</b>
<b>Apparecchiature Elettromedicali</b>		<b>Costo IVA inclusa al 22%</b>	
		<b>€ 12.985.588,00</b>	
<b>Lavori posa in opera parte edile ed impiantistica relativa all'installazione di Grandi Apparecchiature quali Risonanza Magnetica e PET/TC</b>		<b>Costo IVA Inclusa al 10%</b>	
		<b>€ 2.816.000,00</b>	
<b>Costo Complessivo Forniture (Apparecchiature + Opere Edili)</b>		<b>€ 15.801.588,00</b>	
<b>VALORE FINANZIAMENTO</b>		<b>€ 15.801.588,00</b>	

**Tabella 3 - Fornitura apparecchiature varie per la U.O.C. diagnostica per immagini previo utilizzo fondi P.N.R.R.**

Riferimento	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Fornitura di mammografo con tomosintesi	1	€ 280.600,00
2	Fornitura di Gamma Camera	2	€ 1.050.000,00
3	Fornitura Tavolo Telecomandato	1	€ 247.700,00

**Tabella 4 - Fornitura apparecchiature varie per la U.O.C. diagnostica per immagini previo utilizzo fondi P.N.R.R.**

Riferimento	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Fornitura di radiologici digitali portatili	3	€ 311.100,00

Si evidenzia altresì che con delibera del d.g. n. 77 del 03/10/2022 si è provveduto a trasmettere alla So.Re.Sa. S.p.A. la **programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi 2023-2024** per le piccole, medie e grandi apparecchiature da acquisire da parte della A.O.U. "L. Vanvitelli".

### **Garantire un alto livello di qualità dell'assistenza**

Di fondamentale importanza per l'AOU Vanvitelli è garantire un alto livello di qualità dell'assistenza.

In quest'ambito si colloca, ad esempio, il tema principale dei tempi di attesa.

Il mantenimento degli alti livelli di qualità dell'assistenza è necessario anche per garantire e costituire un polo di attrazione per i pazienti, anche a livello nazionale e sovranazionale.

In tal senso risultano di supporto lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, la ricerca e l'innovazione sui servizi

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

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

### ***Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi***

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

### ***Digitalizzazione: situazione attuale***

Da anni ormai la digitalizzazione è considerata un obiettivo strategico nazionale in quanto rappresenta non solo uno strumento per l'efficientamento della macchina amministrativa pubblica, ma anche un mezzo per la semplificazione dei relativi processi, interni ed esterni, che spesso sono di difficile attuazione per i dipendenti e di difficile fruibilità per i cittadini.

In questo ambito l'AOU Vanvitelli, negli ultimi anni, è riuscita a realizzare il primo passo verso una completa digitalizzazione, attivando quello che può essere considerato il nucleo minimo dei servizi e delle procedure digitali richiesti dalla normativa italiana ed europea.

Si è infatti dotata innanzitutto di una infrastruttura di rete fisica migliore rispetto al passato, presupposto necessario per poter poi disporre di un sistema informativo efficiente e *performante*. Successivamente ha effettuato la migrazione al cloud dei principali sistemi di elaborazione dei dati amministrativi e sanitari. È stata prestata particolare attenzione alla sicurezza informatica con l'attivazione di misure preventive e correttive. In ambito sanitario, l'AOU Vanvitelli si è dotata di un sistema interoperabile, collegato ai sistemi regionali e rispondente alle esigenze dettate dalle linee guida nazionali e regionali in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico. Infine, è stato avviato un percorso di adeguamento alle norme contenute nel GDPR.

### ***Digitalizzazione: situazione futura***

Ad oggi, questa prima fase può considerarsi terminata. Si rende necessario, quindi, passare ad una seconda fase che consiste nell'armonizzare, razionalizzare ed ottimizzare quanto finora realizzato ed estendere la digitalizzazione anche a quei processi che ne sono rimasti fuori.

Per portare avanti con successo quanto detto, l'AOU Vanvitelli ha deciso di istituire la UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale, dedicata allo scopo e suddivisa in cinque macroaree funzionali:

- software e applicazioni (gestione delle applicazioni esistenti e sviluppo di nuove applicazioni e/o funzionalità);
- hardware e sistemi (gestione dei server e delle postazioni di lavoro);
- networking e telefonia (gestione degli apparati di rete e della telefonia);
- transizione digitale (realizzazione delle prescrizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale);
- sanità digitale (realizzazione delle prescrizioni nazionali e regionali in tema di sanità digitale).

Questa UOC, costituita da un dirigente e da quindici dipendenti, si occuperà di perseguire e realizzare tutti gli obiettivi elencati nella sezione *Performance* del presente piano.

Avrà inoltre il compito di garantire, gradualmente, la piena accessibilità digitale agli ultrasessantacinquenni ed alle persone con disabilità, agendo sia sul sito istituzionale (punto di accesso ai servizi digitali dell'azienda), sia sul prodotto finale (referti, cartelle cliniche e fascicolo sanitario elettronico).

Attiverà, sempre gradualmente, degli strumenti di misurazione automatizzata dei tempi effettivi di completamento delle procedure.

Perseguirà, ove possibile, specifici obiettivi di efficientamento energetico principalmente proseguendo le attività di migrazione al cloud ed ottimizzando l'uso delle risorse tecnologiche.

Si occuperà, infine, di semplificare e reingegnerizzare, secondo le indicazioni dell'Agenda Digitale Italiana, dell'Agenzia per l'Italia Digitale e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale (e anche secondo quanto emergerà da apposite consultazioni di utenti), le seguenti procedure:

- gestione degli utenti (neoassunti, esistenti, cessati, ecc.) e delle relative credenziali di accesso ai sistemi;
- attribuzione delle caselle di posta elettronica e degli spazi di condivisione documenti;
- assegnazione delle licenze software e dei dispositivi hardware;
- assegnazione dei buoni pasto in base alle presenze;
- altri processi informatici legati alle attività amministrative (contrattualizzazioni, liquidazioni, ecc.);
- processi informatici legati alle attività cliniche ed ospedaliere (prenotazioni, accettazioni, ricoveri, dimissioni, ecc.);

- trasmissione dei dati sanitari tra le varie piattaforme aziendali, regionali e nazionali.

Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione sono definiti nella sottosezione "Trasparenza" e "Anticorruzione".

Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale vengono delineate nella sottosezione "Reclutamento del personale"

La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale vengono delineati nelle rispettive sottosezioni "Lavoro Agile", "Formazione" – "Obiettivi della Digitalizzazione".

## **Performance**

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

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

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

## ***Obiettivi di salute e linee strategiche: Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance***

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



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

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

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

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

### ***Albero della performance***

La performance di un'azienda rappresenta un concetto dalla natura complessa e multiforme, che richiede innanzitutto di essere compreso attraverso il ricorso ad appropriati strumenti di misurazione/valutazione che permettano di cogliere i legami che insistono tra le numerose variabili che concorrono alla sua formazione. Tra questi, l'albero della performance rappresenta certamente uno degli strumenti che meglio si presta a tale scopo.

Il suo principale pregio consiste nel fornire una rappresentazione grafica della performance, contestualizzandola all'interno di un complesso disegno dove la stessa – i rami dell'albero – è la risultante dei legami tra mission, vision, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi propri dell'azienda – le radici dell'albero.

L'impiego della metafora dell'albero permette inoltre di comprendere come la performance dell'azienda nel suo complesso presupponga il raggiungimento, da parte delle unità o sub-unità organizzative in cui la stessa azienda è articolata, di propri sub-obiettivi ottenuti dalla scomposizione, secondo un meccanismo a cascata, degli obiettivi strategici. A tale conclusione l'albero della performance conduce esplicitando le relazioni causa effetto che si dispiegano tra le performance delle molteplici unità organizzative, secondo un percorso a ritroso che va dal particolare al generale.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale – in coerenza con la struttura organizzativa gerarchico-verticistica sulla quale esso si innesta – ed integra i meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

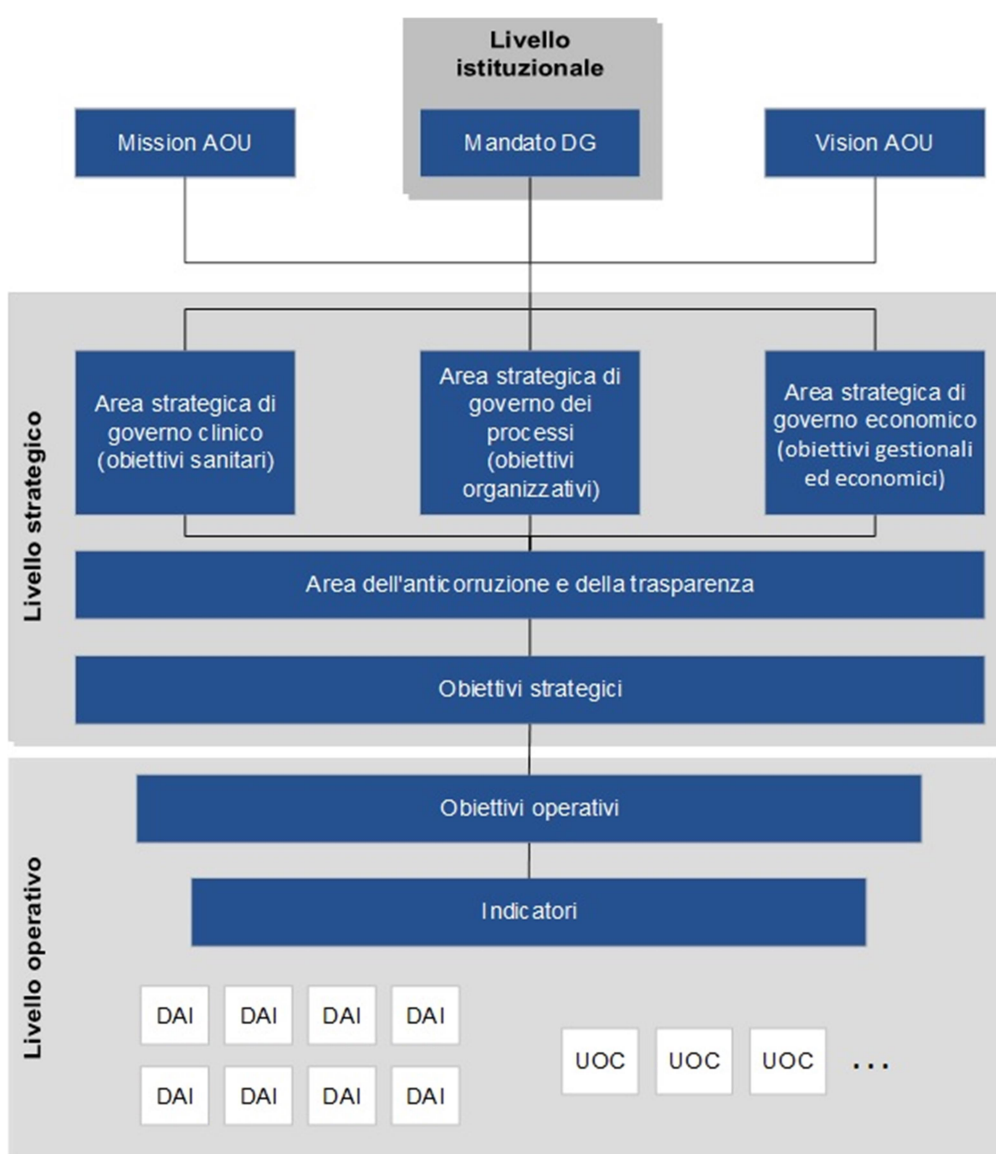
Il quadro complessivo che viene a comporsi costituisce la base dalla quale, partendo dalle aree strategiche, individuare gli obiettivi strategici e i derivati obiettivi operativi da assegnare ai dirigenti e al personale tutto dell'azienda, in relazione ai quali costruire il sistema premiante.

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'albero della performance dell'AOU risulta, quindi, articolato su più livelli, tra i quali l'assetto delineato dal protocollo e gli obiettivi di mandato del DG assumono una posizione preminente.

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

**Figura 1**



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

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

- area strategica di governo clinico
- area strategica di governo dei processi
- area strategica di governo economico

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

- trasparenza e anticorruzione

In tale contesto, il concetto di trasparenza, favorendo l'accesso da parte della collettività alle informazioni dell'Azienda, è strettamente connesso al concetto di integrità, nel senso che quest'ultima può essere realizzata soltanto in un contesto amministrativo trasparente. La pubblicazione di determinate informazioni, pertanto, oltre a realizzare i principi della trasparenza e dell'integrità, si configura come uno strumento che permette di prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione.

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

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

Tali aree comprendono:

- area strategica di governo clinico, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici che attengono all'erogazione delle attività assistenziali (ricoveri ordinari, day hospital e prestazioni ambulatoriali);
- area strategica di governo economico, che accoglie gli obiettivi strategici correlati al collegamento tra ciclo della performance e ciclo della programmazione e di bilancio al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse, l'economicità delle prestazioni sanitarie e di quelle amministrative, garantendo altresì l'equilibrio economico richiamato dalla delibera di nomina del DG;
- area strategica di governo dei processi, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni, degli esiti, nonché al miglioramento della comunicazione e della fruibilità all'esterno del flusso informativo dell'Azienda. L'area strategica in parola permette di identificare i processi interni critici nei quali l'Azienda deve primeggiare per raggiungere gli obiettivi,
- area dell'anticorruzione e della trasparenza, scaturisce dalla normativa introdotta con la Legge 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", prima normativa organica in Italia che interviene sul contrasto della corruzione. Inoltre, l'area in parola permette di sostanziare il principio della trasparenza della pubblica amministrazione ex D.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 concernente il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Individuate le aree strategiche, il passaggio successivo consiste nella distribuzione a cascata degli obiettivi strategici di medio-lungo termine individuati all'interno di queste ultime e la

definizione degli obiettivi operativi di breve termine, di durata annuale, come da schede allegate.

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

### ***Obiettivi di mandato e pianificazione strategica***

Il processo di pianificazione strategica dell'Azienda orienta la stessa verso la scelta degli obiettivi strategici e traccia le modalità con le quali raggiungerli. L'AOU, in sede di pianificazione strategica, ha definito la propria programmazione triennale 2023-2025 tenendo conto di una serie di elementi, quali:

- vision, mission e specificità dell'Azienda;
- il quadro normativo nazionale e regionale;
- il Protocollo d'Intesa vigente tra Regione e Università, che ne definisce l'assetto organizzativo;
- gli obiettivi assegnati dalla Regione nell'Atto di nomina del Direttore Generale;
- i provvedimenti emanati dall'ANAC;
- la dotazione di personale e di attività dell'Azienda;

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

- il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- il rispetto dei tempi di pagamento;
- la garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- il rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi;
- obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022;
- erogazione almeno dell'80 % dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;

- digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali.

Si riportano di seguito gli obiettivi di mandato ed obiettivi ritenuti altrettanto prioritari dalla Direzione Strategica che questa Azienda persegue declinati secondo le linee strategiche definite nella sezione del valore pubblico:

### **1) Sostenibilità e Risparmio Energetico**

- manutenzione Straordinaria-Ristrutturazione-Restauro 2023
- programmazione 2023-2024 delle Tecnologie Sanitarie
- efficientamento energetico;
- pari opportunità e benessere organizzativo;
- efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto.

### **2) Crescita del livello di qualità dell'assistenza**

- il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- il rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- la garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri;
- Aumento della complessità dei ricoveri ordinari;
- l'erogazione almeno dell'80 % dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;
- l'attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- gli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'attrazione extra-Regionale;
- il miglioramento indicatori sistemi nazionali di valutazione;
- lo sviluppo di competenze tecniche-professionali;

### **3) Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;**

- il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitari;

- il fabbisogno del personale;
- il rispetto limiti di costo beni sanitari e personale;
- il rispetto dei tempi di pagamento;
- il miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei farmaci e vigilanza;
- il rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- Anticorruzione e trasparenza.

#### 4) Digitalizzazione

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

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

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

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

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

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

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

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

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

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

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione.

Di seguito si riportano, all'interno della Tabella 5, alcuni esempi di obiettivi sopra menzionati.

**Tabella 5**

Definizione		Target anno x (valore di riferimento)	Valore realizzato anno x	Target x+1-x+3	Target x+1	Target x+2	Target x+3
1.1 Manteniment o per l'intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell'anno 2018	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381,382,383,384,385,386,387,388,389,390.	T	0	T	T	T	T
<b>L'obiettivo richiede il mantenimento, per l'intero triennio, del valore target. L'obiettivo è raggiungibile riducendo i ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite per il 2021 e mantenendo il valore per i due anni successivi</b>							
1.2 Manteniment o per l'intero mandato dei ricoveri ordinari in età adulta (<: 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.lx, 250.2x, 250.3x. Età: ;, 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da	T	110	T	T	T	T

diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018.	altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) : Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496 .x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.		3				
			1				
			Totale 114				
<b>L'obiettivo richiede il mantenimento, per l'intero triennio, del valore target. L'obiettivo è raggiungibile riducendo i ricoveri ordinari in età adulta per diabete, BPCO e scompenso cardiaco per il 2021 e mantenendo il valore per i due anni successivi</b>							
2.1 Riduzione del 20% nell'arco l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2021	Ricoveri anno 2021 = 3361	3361	3361	<b>-20%</b>	-5%	-7%	-8%
<b>L'obiettivo richiede una riduzione da attuare nel corso dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata imputata ai tre periodi con quota crescente</b>							
2. 2 Riduzione del 20% nell'arco dell'intero mandato degli	Numero di accessi di tipo medico anno 2021 = 8483	8483		<b>-20%</b>	-5%	-7%	-8%



accessi di tipo medico rispetto all'anno 2021								
<b>L'obiettivo richiede una riduzione da attuare nel corso dell'intero mandato. Pertanto, la riduzione è stata imputata ai tre periodi con quota crescente</b>								
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Rapporto anno 2021 = 0,26	0,21	0,26	<0,21	<0,21	<0,21	<0,21	<0,21
Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%		17,64 %	Valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%	Valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%	Valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%	Valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%	Valore ricompreso tra 20,01 e 24,00%
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore $\geq 60,00\%$		Non applicabile	Valore $\geq 60,00\%$	Valore $\geq 60,00\%$	Valore $\geq 60,00\%$	Valore $\geq 60,00\%$	Valore $\geq 60,00\%$

**Tabella 6 - Target da raggiungere**

Area	Assistenza ospedaliera
<b>Definizione</b>	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
<b>Numeratore</b>	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
<b>Denominatore</b>	Numero di dimessi da reparti chirurgici

<b>Note per l'elaborazione</b>	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 (chirurgia generale), 10 (chirurgia maxillo facciale), 11 (chirurgia pediatrica), 12 (chirurgia plastica), 13 (chirurgia toracica), 14 (chirurgia vascolare), 30 (neurochirurgia), 34 (oculistica), 35 (odontoiatria e stomatologia), 36 (ortopedia e traumatologia), 38 (otorinolaringoiatria), 43 (urologia), 76 (neurochirurgia pediatrica), 78 (urologia pediatrica), 98 ( <i>day surgery</i> ). Sono esclusi i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) e i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile).
<b>Riferimento</b>	>25%
<b>Fonte</b>	Sistema informativo SDO
<b>Livello</b>	Azienda di erogazione
<b>Area</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>
<b>Definizione</b>	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
<b>Numeratore</b>	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
<b>Denominatore</b>	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
<b>Note per l'elaborazione</b>	Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. Codifiche ICD-9 CM ; codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica), 07 (cardiocirurgia), 09 (chirurgia generale), 10 (chirurgia maxillo facciale), 11 (chirurgia pediatrica), 12 (chirurgia plastica), 13 (chirurgia toracica), 14 (chirurgia vascolare), 30 (neurochirurgia), 34 (oculistica), 35 (odontoiatria e stomatologia), 36 (ortopedia e traumatologia), 38 (otorinolaringoiatria), 43 (urologia), 76 (neurochirurgia pediatrica), 78 (urologia pediatrica); b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia : selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513 Pancreas: intervento principale 528) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento; i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
<b>Riferimento</b>	1,4 giorni
<b>Fonte</b>	Sistema Informativo SDO
<b>Livello</b>	Azienda di erogazione
<b>Area</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>
<b>Definizione</b>	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
<b>Numeratore</b>	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
<b>Denominatore</b>	Numero di dimissioni in regime ordinario di riabilitazione
<b>Note per l'elaborazione</b>	
<b>Riferimento</b>	<= 20%
<b>Fonte</b>	Sistema informativo SDO
<b>Livello</b>	Azienda di erogazione
<b>Area</b>	<b>Flussi informativi NSIS</b>
<b>Definizione</b>	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM
<b>Note per l'elaborazione</b>	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi

	secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
<b>Riferimento</b>	L'obbligo del rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS deve essere garantito per l'intero mandato.
<b>Fonte</b>	Nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07 giugno 2019
<b>Livello</b>	Azienda di erogazione
<b>Area</b>	<b>Programma Nazionale ESITI (PNE)</b>
<b>Definizione</b>	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO
<b>Note per l'elaborazione</b>	AUDIT di verifica della qualità di codifica
<b>Riferimento</b>	Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale " Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO" ≥ 80% primo anno; 100% anni successivi
<b>Fonte</b>	Relazione del Gruppo tematico in merito al grado di adesione
<b>Livello</b>	Azienda di erogazione

L'elenco degli obiettivi strategici relativi alle diverse aree è riportato nella Tabelle 7-9.

**Tabella 7 – Obiettivi strategici relativi alle diverse aree**

<b>Governo clinico</b>	<b>Governo economico</b>	<b>Governo dei processi</b>
<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Obiettivi strategici</b>	<b>Obiettivi strategici</b>
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Equilibrio economico	Appropriatezza e di efficacia delle SDO
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Puntuale attuazione del PACC	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi
Contenimento par cesari	Rispetto dei tempi medi di pagamento	
Prevenzione infezioni ospedaliere		
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali		
<b>Area dell'anticorruzione e della trasparenza</b>		
<b>Obiettivi strategici</b>		
Si rimanda alla relativa sezione del PIAO		

**Tabella 8**

<b>Governo clinico</b>	
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Obiettivi operativi</b>

Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Aumento del peso medio dei DRG dei ricoveri erogati in regime ordinario
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica ( $\leq 18$ anni) per asma e gastroenterite
	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta ( $\geq 18$ anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
Contenimento parti cesari	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello (Rif.: $<24\%$ )
Prevenzione infezioni ospedaliere	Riduzione del rischio di infezione ospedaliera in terapia intensiva
Contenimento tempi di attesa e rispetto livelli di priorità per prestazioni ambulatoriali	

Con riferimento al governo economico gli obiettivi operativi vengono individuati dalla Tabella 21

**Tabella 9**

<b>Governo economico</b>	
<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Obiettivi operativi</b>
Equilibrio economico	Congruità costi/ricavi
PACC	Certificabilità bilancio
Tempestività dei pagamenti	Entro i 60 giorni
Riduzione del debito pregresso	30%/anno, triennale
Attuazione DCA 67/2019	Reports: personale e farmaci

Gli atti adottati dal management aziendale si concretizzano in progetti e azioni che, attraverso i processi organizzativi, determineranno l'erogazione di prestazioni nel rispetto dei criteri di efficienza ed efficacia.

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

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

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

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

Il dettaglio degli obiettivi e degli indicatori per singolo DAI, corredato dalle ulteriori informazioni funzionali alla misurazione e valutazione della performance, unitamente all'indicazione del responsabile, trovano rappresentazione nelle schede allegate al presente piano, costituendone parte integrante. La documentazione è reperibile al seguente link: <https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/resolutions/download/resolutions/91079>

Le ulteriori schede allegate hanno invece ad oggetto l'area amministrativa e gli obiettivi assegnati ai relativi dirigenti.

La Tabella 10 riporta le attività di ricovero relative al triennio 2020-2022

**Tabella 10 - Attività di ricovero anni 2020-2022**

	2020	%	2021	%	2022	%
Ricoveri Ordinari Totali	7441	100,0%	8251	100,0%	8649	100,0%
Rimborso Ricoveri Ordinari Totali	24.712.053,50 €	100,0%	28.739.175,10 €	100,0%	32.728.016,93 €	100,0%
Ricovero Ordinari Medici	4654	62,55%	5014	60,77%	4886	56,49%
Rimborso Ricoveri Ordinari Medici	12.292.114,40 €	49,74%	14.297.954,20 €	49,75%	14.393.517,63 €	43,98%
Ricoveri Ordinari Chirurgici	2787	37,45%	3237	39,23%	3.773	43,62%
Rimborso Ricoveri Ordinari Chirurgici	12.419.939,10 €	50,26%	14.441.220,90 €	50,25%	18.383.537,71 €	56,17%
Casi Totali DH	9019	100,0%	11460	100,0%	11432	100,0%
Rimborso Totale DH	12.036.541,10 €	100,0%	14.253.779,80 €	100,0%	14.525.841,38 €	100,0%
Ricoveri DH Medici	5934	65,79%	7459	65,09%	7407	64,79%
Rimborso Totale DH Medici	8.038.337,70 €	66,78%	9.125.096,00 €	64,02%	9.351.836,59 €	64,38%
Day-Surgery	3085	34,21%	4001	34,91%	4025	35,21%
Rimborso Day-Surgery	3.998.203,40 €	33,22%	5.128.983,80 €	35,98%	5.173.561,77 €	35,62%
Totale Casi	16460		19711		20081	
Rimborso Totale	36.748.594,60 €		42.992.954,90 €		47.253.858,31 €	

I ricoveri ordinari sono aumentati del 11% rispetto al 2020 (anno del lockdown) e stabili nel 2021 e 2022. I ricoveri in regime diurno sono aumentati del 27% rispetto al 2020 e negli anni 2021 e 2022 tale incremento risulta stabile in linea con gli obiettivi strategici aziendali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri. Il rimborso dei DRG chirurgici in regime ordinario si è incrementato nel 2021 del 16% rispetto al 2020 e nel 2022 del 27% rispetto al 2021 tale incremento risulta essere superiore all'incremento della numerosità dei casi osservati nello stesso periodo espressione dell'incremento del peso medio dei ricoveri. Il rimborso dei DRG di tipo medico Ordinari risulta in incremento rispetto al 2020 e stabile negli anni 2021 e 2022.

La Tabella 11 riporta le prestazioni ambulatoriale relative al triennio 2020-2022.

**Tabella 11 - Prestazioni ambulatoriali anni 2020-2022**

Tipologia	2020			2021			2022		
	Prestaz.	(€)	%	Prestaz.	(€)	%	Prestaz.	(€)	%
Assistito SSN	133.734	2.939.543	74,51%	195.450	4.680.884	72,59%	259.920	7.204.874	94,68
Cassa Marittima	26	503	0,01%	55	1.022	0,02%	59	1.923	0,02
Intra moenia	2.989	555.477	14,08%	4.525	662.747	10,28%	4.814	712.516	1,75
Extra moenia	2.355	315.679	8,00%	6.178	888.388	13,78%	3.279	472.183	1,19
Medicina sportiva	184	7.350	0,19%	52	845	0,01%	452	4.125	0,16
Medico legale	716	17.450	0,44%	958	20.573	0,28%	958	19.495	0,35
Privato	2.186	108.923	2,76%	2870	196.563	3,05%	5.052	277.729	1,84
<b>Totale</b>	<b>142.190</b>	<b>3.944.925</b>	<b>100,00%</b>	<b>210.022</b>	<b>6.448.331</b>	<b>100,00%</b>	<b>274.534</b>	<b>8.692.845</b>	<b>100,00</b>

La tabella evidenzia come le prestazioni ambulatoriali erogate nel 2022 a seguito della flessione del 2020 (quest'ultima riconducibile anche alla parziale sospensione imposta dalle normative di contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19), hanno mostrato una ripresa

Si evince altresì che l'incidenza delle diverse tipologie di prestazioni è variata negli ultimi tre anni. In particolare, limitatamente agli anni pre e post emergenza, è possibile osservare che, se da un lato l'incidenza percentuale degli assistiti SSN è tendenzialmente stabile nei due periodi considerati, altre tipologie di prestazioni (fra tutte, "Intra moenia" e "Extra moenia") hanno subito una considerevole diminuzione ("Intra moenia") e/o aumento ("Extra moenia") della propria incidenza percentuale.

La Tabella 12 riporta i principali valori economici relativi al triennio 2019-2021

**Tabella 12 – Principali valori economici 2019-2021**

Conto consuntivo (in migliaia di euro)	2019	2020	2021
Totale valore della produzione	164.076	171.476	184.946
Totale costi della produzione	159.397	166.841	183.582
Totale proventi ed oneri finanziari	-112	-107	-62
Totale proventi ed oneri straordinari	-757	78	3.902
Totale imposte e tasse	3.468	4.266	5.089
Risultato di esercizio	342	341	115

Dalla lettura della Tabella si evince che il totale del valore della produzione, il cui ammontare aveva già subito un incremento rispetto all'anno precedente nel 2020 (+4,51%), ha registrato un ulteriore incremento nell'anno 2021 (+7,85%), portandosi ad un valore di 184.946.

I costi della produzione appaiono in costante crescita, registrando un incremento del 4,67% nel 2020 (rispetto al 2019) e del 10,03% nel 2021 (rispetto all'anno precedente). Diversamente, gli oneri finanziari si presentano in diminuzione nel corso del triennio, con una flessione del 4,46% nel 2020 e del 42,05% nel 2021.

Per l'esercizio 2021, il risultato di esercizio consegna una tendenza negativa e in forte flessione rispetto all'anno precedente (-66,27%).

### **Coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione**

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

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

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

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

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

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

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

- la revisione della **mappatura** dei processi dell'Azienda;
- l'aggiornamento o l'approfondimento dell'analisi del **rischio corruzione** e l'elaborazione e implementazione di conseguenti misure di **prevenzione** della corruzione;
- il monitoraggio delle misure anticorruzione con particolare attenzione alle attività a più elevato rischio;
- il potenziamento delle azioni di **formazione** destinate al personale, specie per il personale coinvolto nei processi maggiormente a rischio (sia in materia di trasparenza e anticorruzione sia in materia di *data protection*);
- la promozione della trasparenza e dell'**accountability data protection**;

- l'evoluzione della "Sezione Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

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

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

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

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

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

### **Obiettivi di digitalizzazione**

In base a quanto esposto nella sezione "Valore pubblico", l'AOU si pone i seguenti obiettivi triennali di digitalizzazione, da raggiungere tramite la nuova UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale ed in collaborazione con le altre strutture amministrative e sanitarie, per i quali sono indicati in parentesi i periodi attesi di conseguimento del target:

- definizione della struttura organizzativa della nuova UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale (2023);
- ricognizione dei processi non ancora digitalizzati (2024);
- ricognizione dei processi digitalizzati attivi e delle piattaforme informatiche esistenti (2023);
- miglioramento dei processi e delle tempistiche di contrattualizzazione e di liquidazione dei fornitori (2024);
- miglioramento della connettività di rete tramite l'adesione al progetto Sanità Connessa (2025);
- ottimizzazione ed ammodernamento delle postazioni di lavoro (2023);
- miglioramento della tempistica ed incremento della percentuale di successo degli interventi di assistenza (2024);
- razionalizzazione della gestione degli utenti e delle relative credenziali (2024);



- graduale dematerializzazione della documentazione con conseguente riduzione della produzione di materiale cartaceo (2025);
- miglioramento della raccolta, dell'elaborazione e della produzione dei dati sanitari (2023);
- realizzazione di un *cruscotto direzionale* per la consultazione dei dati sanitari (2023);
- incremento della percentuale di digitalizzazione nativa dei documenti e dei dati sanitari e della relativa aderenza alle versioni più recenti degli standard (2024);
- incremento della percentuale dei dati trasmessi al Fascicolo Sanitario Elettronico (2023);
- incremento dell'interoperabilità e dell'integrazione tra i vari sistemi e le varie banche dati aziendali, regionali e nazionali (2025);
- adeguamento dei processi e dei sistemi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (2023);
- attivazione della telemedicina, fruibile anche tramite dispositivi mobili (2024);
- miglioramento dei contenuti e del layout del sito istituzionale (2025);
- graduale standardizzazione della modulistica digitale (2025);
- adattamento del sito istituzionale, dei servizi digitali e dei dati presenti su di esso ai criteri di usabilità ed accessibilità previsti dalla normativa vigente (2025);
- incremento della qualità e della quantità dei documenti e dei dati pubblicati nell'area Amministrazione Trasparente (2023);
- attivazione di una piattaforma informatica di Whistleblowing (2023);
- attivazione graduale di strumenti di misurazione automatizzata dei tempi effettivi di completamento delle procedure (2025);
- raggiungimento graduale della piena conformità al GDPR (2025);
- raggiungimento graduale della piena conformità al CAD (2025);
- accesso alle risorse previste dal PNRR per la transizione digitale (2023);
- migrazione di servizi e sistemi verso il Polo Strategico Nazionale (2024);
- attivazione e/o incremento dell'utilizzo delle piattaforme di identità digitale (SPID, CIE, TS-CNS, Login eIDAS) e di pagamento e notifica (pagoPA, app IO) (2024);
- efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto (2025);
- alfabetizzazione digitale ed ampliamento delle competenze digitali (2024);
- formazione sulla sanità digitale e sulle relative piattaforme in uso presso l'azienda (2024).

## **Rischi corruttivi e trasparenza**

### **Premessa**

La presente sezione del PIAO è stata predisposta, in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance, dalla RPCT dott.ssa Giuliana Rammairone, – nominata con delibera del Direttore Generale n. 150 del 9 novembre 2022 – in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo

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

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

In questa sede si definiscono i processi decisionali con l’obiettivo finale di eliminare o, quantomeno, ridurre i comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando così un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità, teso a ridurre le condizioni operative che favoriscano la corruzione e si dà conto della valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione dei servizi sanitari e amministrativi dell’Azienda, individuando gli interventi volti a prevenirlo e le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nel triennio 2023-2025.

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

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

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

- l’implementazione del nuovo sistema aziendale di mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo, da svilupparsi secondo una logica ciclica di miglioramento continuo, tracciabilità e verifica dello stato di avanzamento;
- l’implementazione di specifici strumenti di contrasto alla corruzione nell’ambito degli appalti e delle conseguenti attività;

- l'implementazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda, in adempimento alle nuove disposizioni sugli obblighi di pubblicità e trasparenza contenute nel PNA 2022.

Con riferimento al primo punto, nel corso del 2023 si provvederà all'implementazione del **sistema di mappatura**, anche con l'obiettivo di integrarlo maggiormente con quello curato dal Servizio di Audit interno, con conseguente valutazione dei rischi di corruzione e illegalità con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato 1 del PNA 2019, con il quale ANAC ha ridefinito la mappatura, prevedendo il passaggio da un sistema quantitativo ad un sistema qualitativo di identificazione e valutazione del rischio.

Con riferimento al punto relativo ai rischi legati agli appalti, si stanno introducendo strategie organizzative, come più dettagliatamente specificate di seguito (cfr. paragrafo dedicato ai contratti pubblici **programma triennale per gli appalti di lavori**).

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

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

In considerazione del fatto che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del Valore pubblico funzionali alla realizzazione della missione istituzionale, questa AOU ha definito una strategia di contenimento del rischio corruttivo, individuando, azioni/obiettivi specifici per la realizzazione dei già menzionati punti:

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

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

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

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

In tal senso va considerato l'inserimento tra gli obiettivi programmatici previsti dall'art. 4 del d.Lgs. n. 150/2009 per i dirigenti e i responsabili di unità e, quindi, a cascata, per gli obiettivi di tutto il personale, del rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per i quali l'Azienda ha previsto la verifica della rispondenza dei risultati, intermedi e finali, ai predetti obiettivi<sup>2</sup>, in capo alla RPCT.

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

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

## **Soggetti e ruoli**

### **I destinatari**

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

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

---

<sup>2</sup> Per gli obiettivi di *performance* si rinvia all'apposita sezione del PIAO dell'AOU Vanvitelli riferito al triennio 2023-2025.

### ***I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione***

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

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

### **Il Direttore Generale**

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

### **Il RPCT**

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

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

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

### **I Referenti per la prevenzione della corruzione**

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

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

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

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

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

- alla promozione della diffusione e divulgazione dei contenuti della strategia triennale di prevenzione della corruzione all'interno delle articolazioni aziendali;

- alla verifica dell'attuazione della suddetta strategia e della sua idoneità;
- alla proposta di modifiche o integrazioni della stessa;
- alla individuazione delle attività e del personale afferente alle UU.OO. di competenza maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- alla valutazione e ponderazione del rischio presso le unità operative, sanitarie, tecniche, amministrative, di riferimento;
- alla individuazione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche mediante l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette a ridurre o eliminare l'esposizione al rischio corruttivo;
- alla individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- al rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza;
- ad assicurare l'osservanza del Codice disciplinare.

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

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

## **Il personale dell'AOU**

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

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

## **L'OIV**

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

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

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

La nuova disciplina – improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con ANAC – prevede un più ampio coinvolgimento

degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

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

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

### ***Premessa e mappatura dei processi sensibili***

Preliminarmente si evidenzia che l'AOU Vanvitelli rientra tra i soggetti tenuti all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in avanti 'PIAO'), documento di programmazione unitario introdotto dal d.l. n. 80/2021, nel quale confluisce la pianificazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, unitamente ad altri strumenti di programmazione. Dopo un primo periodo di incertezza normativa circa i tempi e le modalità di attuazione dell'obbligo di adozione del nuovo strumento di programmazione integrata e della correlativa sorte del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, destinato a confluirci, il Presidente dell'ANAC, con comunicato del 2 maggio 2022, tenendo conto della proroga al 30 giugno 2022 prevista dal d.l. n. 36/2022 per l'adozione del predetto PIAO, ha precisato che con riferimento all'anno in corso, relativamente a rilevanti ambiti di attività della P.A., le amministrazioni tenute alla adozione del PIAO che non avessero ancora approvato il PTPCT 2022/2024, avrebbero potuto deliberare la proroga della durata del PTPCT 2021/2023, a condizione che le previsioni ivi contenute fossero ancora attuali ed efficaci, anche considerando l'eventuale impegno in progetti legati all'attuazione del PNRR.

Pertanto, l'AOU *Luigi Vanvitelli*, nelle more del completamento delle attività di revisione ed aggiornamento della programmazione in materia di anticorruzione e in prospettiva della implementazione delle previsioni normative relative al PIAO, con delibera del Direttore Generale n. 452 del 30 giugno 2022, ha prorogato il PTPCT 2021-2023, avendo ritenuto le previsioni ivi contenute ancora attuali ed efficaci e tenuto conto che l'AOU è interessata alle procedure relative alla predisposizione di progetti finanziati con i fondi di utilizzo del PNRR, che potrebbero risultare quale opportunità per migliorare la gestione della stessa rispetto ad alcuni settori, quale ad esempio l'attività di potenziamento della rete informatica .

Successivamente, con delibera del Direttore Generale n. 136 del 28 ottobre 2022, l'Azienda ha adottato il PIAO relativo al triennio 2022-2024.

Tale soluzione si giustifica anche in ragione della necessaria gradualità a cui si è improntato l'adeguamento agli obiettivi della riforma sul PIAO; come noto, infatti, l'ANAC, richiamando anche il parere espresso dal Consiglio di Stato sullo schema di D.P.R. relativo al PIAO, ha chiarito che il processo di integrazione dei piani che la normativa fa confluire nel PIAO debba avvenire in modo progressivo e graduale, anche attraverso strumenti di tipo non normativo come il monitoraggio e la formazione.

Tuttavia, una volta concluso il processo di monitoraggio che ha condotto a ridefinire la mappatura dei processi e a rimodulare le misure di prevenzione della corruzione, si è ritenuto doveroso provvedere all'aggiornamento della pianificazione della strategia di prevenzione della corruzione per il triennio 2023-2025.

La pianificazione contenuta nel presente documento, pertanto, si pone in progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2022 e tiene conto, altresì, del Documento «Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022» approvato dal Consiglio dell'ANAC il 2 febbraio 2022.

Nello specifico, si osserva che, dopo le difficoltà incontrate negli anni precedenti, l'anno 2022 ha visto un innalzamento del livello di coinvolgimento delle strutture aziendali nel processo di elaborazione, monitoraggio ed attuazione delle misure.

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

In aderenza alle indicazioni fornite dall'ANAC nel PNA 2022, quindi, si è inteso porre in stretta correlazione le fasi della programmazione e del monitoraggio, in modo da incrementare il processo ciclico di miglioramento della programmazione attraverso il rafforzamento e potenziamento della fase di monitoraggio e l'effettivo utilizzo degli esiti del monitoraggio di questo per la programmazione successiva delle misure di prevenzione.

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

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

Nel complesso, sono stati individuati dieci processi, la cui elencazione è di seguito fornita:

1. Acquisizione e gestione personale
2. Acquisizione di beni e servizi - gestione del contratto – magazzino
3. Gestione sperimentazioni cliniche
4. Gestione liste di attesa
5. Attività libero-professionale intramuraria
6. Gestione finanziamenti pubblici e privati
7. Affari legali e contenzioso
8. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
9. Attività conseguenti al decesso



## 10. Incarichi e nomine

In una **prima fase**, i responsabili di unità sono stati chiamati a verificare l'elenco dei processi di competenza e quello degli eventi rischiosi prospettato.

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

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

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

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

### **Analisi del contesto**

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

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

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

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

#### **1A. Analisi del contesto esterno**

L'analisi del **contesto esterno** consente di acquisire elementi utili a comprendere come l'ambiente nel quale l'Azienda opera, in virtù delle sue caratteristiche culturali, sociali,

economiche, etiche, *etc.*, nonché le relazioni con gli *stakeholders*, siano in grado di condizionare impropriamente l'attività della stessa e agevolare fenomeni corruttivi.

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

L'analisi del contesto esterno è stata condotta prevalentemente sulla base di fonti già disponibili e più rilevanti (ad esempio, Rapporti del Ministero dell'interno al Parlamento, studi dell'ISTAT, *etc.*), idonee a fornire dati e informazioni sulle principali dinamiche territoriali e settoriali, che consentono di comprendere a quali influenze o pressioni di interessi esterni l'Amministrazione è potenzialmente esposta.

### **Caratteristiche del territorio e del settore di riferimento**

Al fine di inquadrare il fenomeno corruttivo all'interno del territorio e del settore in cui il Policlinico Vanvitelli opera, si riporta di seguito una disamina delle informazioni e dei dati che sono stati selezionati e analizzati in funzione sia della identificazione e analisi degli eventi rischiosi che della individuazione e programmazione delle misure specifiche di prevenzione.

Per ulteriori approfondimenti circa le caratteristiche demografiche, culturali, socio-economiche del territorio in cui l'Azienda opera si rimanda a quanto già descritto nella scheda anagrafica del presente documento.

### **Il sistema sanitario**

Per quanto attiene lo specifico settore in cui opera l'Azienda (sistema sanitario) dopo un lungo periodo di commissariamento della regione Campania, il 24 gennaio 2020, con DPCM 5 dicembre 2019, è stata disposta la cessazione del mandato commissariale e il conseguente rientro della Regione nell'esercizio delle sue funzioni ordinarie.

Nello stesso anno la spesa sanitaria pubblica corrente è cresciuta.

Come emerge dalla Tabella 13 sotto riportata<sup>3</sup>, in Campania, come del resto nelle altre Regioni, la spesa per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante, il che è attribuibile innanzitutto alle consistenti risorse previste normativamente nel 2020 per il personale sanitario impegnato a contrastare la pandemia da COVID-19, sia in termini di nuove assunzioni che di erogazione di prestazioni aggiuntive.

### **Tabella 13**

---

<sup>3</sup> Cfr. "Rapporto Osservasalute 2021. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane", prelevabile al seguente *link*: <https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2022/10/ro-2021-completo.pdf>

Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali					
		Servizi forniti direttamente	Altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Assistenza farmaceutica	Assistenza medico generale	Assistenza medico specialista	Casi di cura private	Assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Altre prestazioni
Piemonte	7,10	4,50	0,40	2,20	0,40	0,40	0,20	0,40	0,20	0,50
Valle d'Aosta	6,10	4,50	0,40	1,20	0,30	0,40	0,00	0,10	0,20	0,20
Lombardia	5,70	3,10	0,30	2,30	0,40	0,30	0,30	0,60	0,10	0,70
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,56</i>	<i>4,14</i>	<i>0,38</i>	<i>1,04</i>	<i>0,18</i>	<i>0,29</i>	<i>0,05</i>	<i>0,13</i>	<i>0,15</i>	<i>0,24</i>
<i>Trento</i>	<i>5,65</i>	<i>3,77</i>	<i>0,34</i>	<i>1,54</i>	<i>0,31</i>	<i>0,36</i>	<i>0,13</i>	<i>0,29</i>	<i>0,09</i>	<i>0,34</i>
Veneto	6,19	3,86	0,35	1,98	0,30	0,42	0,23	0,36	0,07	0,58
Friuli Venezia Giulia	7,27	5,18	0,47	1,62	0,40	0,41	0,15	0,19	0,15	0,32
Liguria	7,40	4,68	0,43	2,29	0,38	0,41	0,26	0,47	0,30	0,46
Emilia-Romagna	6,21	4,04	0,37	1,80	0,30	0,38	0,15	0,37	0,06	0,55
Toscana	6,89	4,76	0,43	1,69	0,36	0,44	0,14	0,21	0,14	0,41
Umbria	8,55	5,80	0,53	2,22	0,54	0,53	0,14	0,22	0,22	0,58
Marche	7,76	5,15	0,47	2,14	0,46	0,48	0,15	0,31	0,29	0,44
Lazio	6,36	3,34	0,30	2,72	0,41	0,37	0,34	0,87	0,25	0,47
Abruzzo	8,62	5,65	0,52	2,46	0,59	0,57	0,15	0,42	0,31	0,42
Molise	12,40	7,16	0,65	4,59	0,63	0,85	0,67	1,46	0,42	0,57
<b>Campania</b>	<b>10,65</b>	<b>6,05</b>	<b>0,55</b>	<b>4,05</b>	<b>0,72</b>	<b>0,72</b>	<b>0,80</b>	<b>0,97</b>	<b>0,49</b>	<b>0,34</b>
Puglia	11,51	6,80	0,62	4,10	0,74	0,81	0,45	1,10	0,35	0,64
Basilicata	9,77	6,32	0,57	2,88	0,65	0,76	0,35	0,15	0,58	0,40
Calabria	12,21	7,55	0,69	3,97	0,85	0,90	0,42	0,68	0,56	0,57
Sicilia	11,85	6,89	0,63	4,32	0,73	0,80	0,61	0,94	0,49	0,75
Sardegna	11,05	7,54	0,69	2,82	0,70	0,65	0,39	0,32	0,28	0,48
<b>Italia</b>	<b>7,42</b>	<b>4,50</b>	<b>0,41</b>	<b>2,52</b>	<b>0,44</b>	<b>0,45</b>	<b>0,31</b>	<b>0,57</b>	<b>0,21</b>	<b>0,53</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2021.

Come conseguenza degli obblighi di attuazione dei programmi definiti nel Piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale per il triennio 2019-2021, la Regione Campania ha dato impulso alla progressiva e sistematica digitalizzazione dei processi e delle prestazioni nel settore sanitario.

In questa direzione si muove, ad esempio, il Portale Salute del Cittadino, il quale permette ai cittadini di avere accesso al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, di cambiare il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, anche per i figli minorenni, di presentare domanda di autocertificazione al fine di ottenere l'esenzione da reddito per cui si possiedono i requisiti necessari, di consultare l'elenco dei vaccini effettuati.

Inoltre, è possibile avere accesso al Centro Unico di Prenotazione Regionale della Campania per prenotare la visita specialistica o l'accertamento diagnostico nelle strutture pubbliche aderenti, tra le quali rientra l'AOU Vanvitelli.

Degno di notazione, infine, è il Piano regionale della prevenzione 2020-2025, il quale reca una serie di programmi volti alla promozione della salute «in tutte le politiche» sull'intero settore regionale.

### Condizioni culturali, sociali ed economiche

Con riferimento alle **dinamiche economiche**, vengono in rilievo innanzitutto le condizioni delle famiglie, rilevabili attraverso gli indicatori di povertà, che identificano le casistiche più gravi e gli ulteriori dati statistici disponibili, come la fonte principale dei redditi familiari e il numero dei componenti occupati, che consentono di mappare in maniera più ampia situazioni di fragilità economiche.

In Campania (anno 2018) gli indicatori di **povertà** sono decisamente più elevati rispetto a quelli nazionali. La quota di famiglie che si trova in una situazione di povertà relativa è pari al 24,9 per cento contro l'11,8 per cento nazionale; la quota di individui in condizioni di povertà relativa è pari al 29,5 per cento contro il 15 per cento del totale Italia.

Ulteriori differenze rispetto alla media nazionale si riscontrano anche con riferimento alla fonte principale di **reddito** che è rappresentata dal lavoro dipendente in una percentuale lievemente più bassa di casi (43,7 contro 45,1), mentre si registra una percentuale più alta per i trasferimenti pubblici (39,4 contro 38,7 per cento). Da rilevare, inoltre, che mentre la quota di famiglie campane in cui nessun componente lavora supera di 11,6 punti percentuali la media nazionale (30,0 per cento contro 18,4), la percentuale di famiglie in cui lavorano almeno due persone (23,6 per cento) è di 11 punti inferiore alla media nazionale (34,6 per cento).

Per gli anni 2019-2020, si registrano anche elevati tassi di **disoccupazione** (20% contro il 9% della media italiana), di lavoro nero, di bassa istruzione. A quest'ultimo riguardo, si segnala che il 39,1% dei campani ha un basso **livello di istruzione**. Di questi, il 32% ha la licenza media inferiore.

Secondo i dati ISTAT riferiti agli anni 2018 e 2019<sup>4</sup>, la distribuzione dimensionale delle **imprese** registra in Campania una più marcata presenza delle micro e piccole imprese. L'81,0 per cento delle aziende facenti parte del campo di osservazione rientrano nella categoria delle microimprese (con 3-9 addetti), mentre le piccole (10-49 addetti) rappresentano il 17,1 per cento del totale regionale. Le medie (50-249 addetti) e le grandi imprese (250 e più addetti) sono costituite complessivamente solo da 1.392 unità, ossia l'1,9 per cento del totale regionale (il peso delle medie e grandi imprese a livello nazionale è pari al 2,3 per cento). Il 38,4 per cento degli addetti regionali lavorano in microimprese (la corrispondente quota a livello nazionale è del 29,5 per cento) e oltre il 32 per cento nelle piccole imprese; medie e grandi aziende impiegano poco meno del 30 per cento degli addetti complessivi regionali, mentre la corrispondente quota a livello nazionale supera il 44 per cento. La struttura produttiva campana è caratterizzata da una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali. Sono attive nel settore industriale meno del 27 per cento delle aziende incluse nel campo di osservazione (contro il circa 30 per cento misurato a livello nazionale). Il processo di terziarizzazione appare uniformemente avanzato in tutte le province del territorio regionale. In dettaglio, sono 11.531 (più del 15 per cento del totale regionale) le imprese che rientrano nel macro-settore dell'Industria in senso stretto; per la maggior parte (circa 11.000 unità) si tratta di aziende manifatturiere, mentre le imprese estrattive e quelle attive nella fornitura di energia e acqua sono circa 660. Con oltre 8.000 unità il settore delle costruzioni rappresenta da solo oltre l'11 per cento delle imprese della regione. Le imprese di servizi sono circa 55.000 e rappresentano oltre il 73 per cento del totale regionale. Circa il 30 per cento di esse è costituito da aziende attive nel commercio all'ingrosso e al dettaglio, mentre il restante 70 per cento è rappresentato da imprese che offrono servizi non commerciali. A testimonianza dell'importanza del settore turistico per l'economia regionale, le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione sono il 15 per cento del totale. In termini di unità di lavoro, il settore industriale ha un peso relativo superiore a quello misurato in termini di imprese, impiegando nel 2018 circa il 31 per cento degli addetti totali della regione.

Oltre la metà delle imprese campane (il 52,8%) è localizzata in provincia di Napoli. Come effetto di una maggiore presenza della media e grande impresa, il peso della provincia di Napoli in termini di addetti (57,2% del totale regionale) è largamente superiore a quello misurato in termini di imprese.

Con specifico riferimento alle imprese operanti nel settore sanitario e dell'assistenza sociale, nel 2018 l'ISTAT ne rileva 2.414, pari al 3,2% delle imprese attive, in cui lavorano 27.888 persone,

<sup>4</sup> [CPUE\\_CAMPANIA.pdf \(istat.it\)](#)

pari al 3,9% del totale degli addetti. Tali dati rendono l'idea del bacino di *stakeholders* privati attivi nel settore sanitario con cui l'Azienda, può venire in contatto.

Sul piano dell'integrazione della **popolazione straniera** presente in Campania, si evidenzia che il 74,3% dei cittadini stranieri residenti a Napoli ha difficoltà con la lingua italiana rispetto al 60,8% della media nazionale.

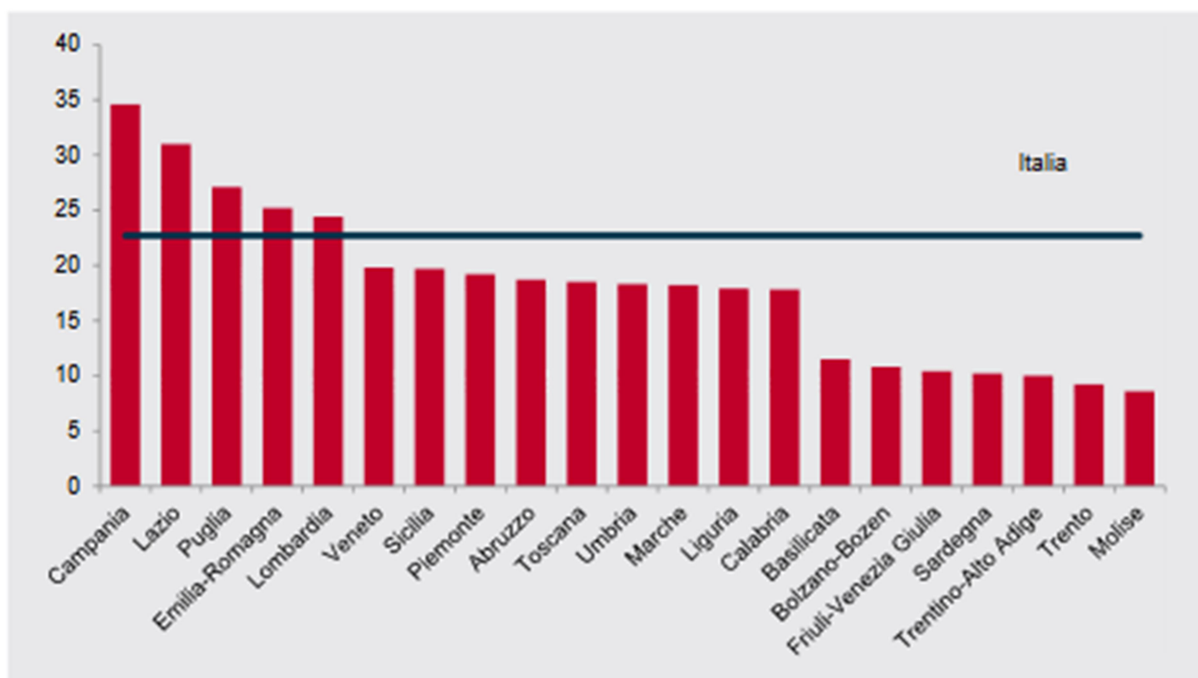
### Rischio criminalità

Come dimostrato da innumerevoli studi in materia il fenomeno corruttivo non è un fattore isolato, ma tende ad essere proporzionale al livello di criminalità presente nel territorio di riferimento della pubblica amministrazione, che spesso subisce l'influenza o persino l'infiltrazione dei fenomeni criminali.

Un dato di grande rilevanza è costituito dalla **percezione del rischio criminalità** da parte delle famiglie che vivono i territori nella loro quotidianità, benché essa non sempre coincida con il rischio effettivo.

Nel 2020, il 22,7% delle famiglie italiane indica il rischio di criminalità come un problema presente (molto o abbastanza) nella zona in cui abitano (Figura 2). La Campania rappresenta la regione in cui tale rischio è percepito maggiormente (34,6% delle famiglie), seguita da Lazio (31,0%), Puglia ed Emilia-Romagna (rispettivamente 27,1% e 25,2%).

**Figura 2: Famiglie (a) per giudizio su rischio di criminalità nella zona in cui abitano per regione (anno 2020)**



Fonte: Istat, Indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana" (R)  
(a) Per cento famiglie della stessa zona che dichiarano il problema molto o abbastanza presente.

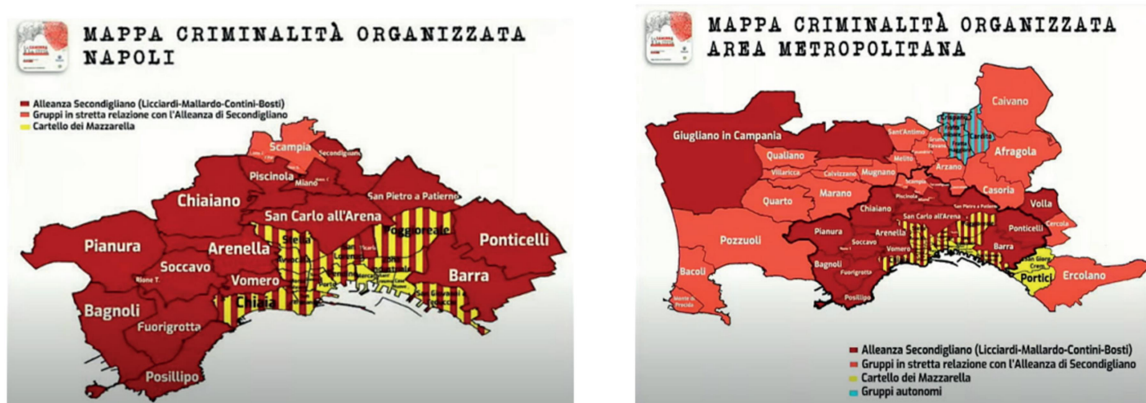
La percezione del fenomeno criminale in Campania trova riscontro in quanto emerge dalle statistiche relative ai delitti denunciati dalle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria. Dopo una prima riduzione del numero di denunce registrata nel periodo 2016-2020, pari al -18,1%

(comunque inferiore rispetto alla riduzione del -23,6% registrata a livello nazionale), il numero dei delitti denunciati è tornato a salire passando dai 182.419 del 2020 ai 202.698 del 2021. Analoga tendenza ha riguardato il territorio napoletano, dove i delitti denunciati sono passati da 110.415 nel 2020 a 125.119 nel 2021<sup>5</sup>.

Quanto al **fenomeno di tipo mafioso**, le ultime due Relazioni del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, riferite al primo e al secondo semestre del 2021<sup>6</sup>, evidenziano che il modello ispiratore delle diverse organizzazioni criminali di tipo mafioso appare sempre meno legato a eclatanti manifestazioni di violenza ed è, invece, rivolto verso l'infiltrazione economico-finanziaria.

Con specifico riguardo al territorio campano, la predetta relazione descrive un fenomeno mafioso caratterizzato da stabili equilibri criminali consolidatisi nel tempo anche in ragione dei contesti sociali interessati. Il complesso sistema criminale della camorra ammette la polarizzazione di gruppi criminali minori che, tuttavia, operano sempre in una condizione di coordinata coabitazione con i principali grandi cartelli.

Stringendo l'obiettivo sul territorio di Napoli e della sua provincia, le sotto riportate mappe investigativo-giudiziarie delle alleanze di camorra a Napoli elaborate dalla Procura e dalle Forze dell'ordine partenopee mostrano l'esistenza di una fitta rete di relazioni e restituiscono l'immagine della camorra organizzata in un vero e proprio "sistema" basato su stratificati e complessi livelli decisionali, su una struttura criminale consolidata sul territorio e dotata di un direttorio per la gestione e il coordinamento dei gruppi subordinati.



Particolarmente preoccupante risulta, inoltre, la capacità dimostrata dalla camorra di controllare in forma egemonica le attività economiche attraverso una silente strategia di infiltrazione/collusione nel mondo dell'imprenditoria e dei poteri pubblici, onde assicurarsi la gestione di importanti settori dell'economia legale. Persiste la minaccia di infiltrazione nel comparto degli appalti di opere pubbliche, poiché le imprese contigue alla camorra possono disporre di ingenti risorse finanziarie provenienti dalle attività illecite e muoversi nei mercati di riferimento in posizione di vantaggio rispetto alle imprese "sane", peraltro utilizzando sistemi

<sup>5</sup> I dati ISTAT al riguardo sono rinvenibili al seguente indirizzo: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_DELITTIPS](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS)

<sup>6</sup> [Relazioni Semestrali – DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA \(interno.gov.it\)](http://www.interno.gov.it)

corruttivi o di intimidazione nei confronti di amministratori e pubblici funzionari al fine di condizionare le procedure di gara.

Al riguardo, la Relazione pone l'accento sulla necessità che in questo momento storico l'attenzione vada indirizzata in particolare agli appalti per la realizzazione e il potenziamento di servizi connessi con l'attività legata, tra l'altro, ai «cicli della sanità e dei rifiuti».

Nell'area centrale della città, in cui il Policlinico Vanvitelli ha sede e opera fin dalle sue origini, si registra la presenza di clan storici che starebbero rafforzando i legami con altri clan cittadini in espansione.

Per quanto concerne il **fenomeno corruttivo**, utile ai fini di un inquadramento generale sul rischio di corruzione risulta essere il "Rapporto sull'Indice di percezione della corruzione" (CPI), pubblicato da *Transparency International* il 25 gennaio 2022, che evidenzia come l'Italia in un anno abbia scalato 10 posizioni nella classifica di 180 Paesi.

Sempre sul piano del fenomeno percepito, da una recente pubblicazione dell'ISTAT, relativa alla percezione e agli atteggiamenti nei confronti della corruzione e della possibilità di denuncia<sup>7</sup>, emerge che circa un terzo dei cittadini ritiene inutile denunciare la corruzione e, in generale, il rapporto dei cittadini italiani con il fenomeno corruttivo si mostra più articolato e complesso di quanto non emerga dai giudizi in merito alla gravità percepita del fenomeno.

Nello specifico, un quarto delle persone di 14 anni e più considera la corruzione un fatto naturale e inevitabile (il 25,8% si dichiara molto o abbastanza d'accordo con tale affermazione), oltre il 60% ritiene pericoloso denunciare fatti di corruzione e oltre un terzo (36,1%) lo ritiene inutile.

La percezione dell'inevitabilità della corruzione è di poco più elevata al Sud (27,9%) mentre nei confronti della denuncia i residenti del Nord ritengono in misura maggiore che sia pericolosa (66,7% degli abitanti del Nord-ovest e 64,7% di quelli del Nord-est) o inutile (37,2% e 38,6%).

La Campania fa registrare valori percentuali più alti rispetto al dato medio nazionale per tutti e tre i comportamenti percepiti nei confronti del fenomeno corruttivo (inevitabilità, inutilità e pericolosità) e, comunque, valori più alti dell'area omogenea di riferimento, così come evidenziato nella Tabella 14.

**Tabella 14 – Il fenomeno corruttivo** <sup>8</sup>

	La corruzione è naturale e inevitabile	Denunciare fatti di corruzione è inutile	Denunciare fatti di corruzione è pericoloso
<b>Campania</b>	<b>31,7</b>	<b>38,1</b>	<b>55,0</b>
Nord-Ovest	26,7	37,2	66,7
Nord-Est	26,9	38,6	64,7
Centro	23,0	33,6	57,7
<b>Sud</b>	<b>27,9</b>	<b>36,2</b>	<b>55,3</b>
Isole	22,3	33,2	53,2
<b>Italia</b>	<b>25,8</b>	<b>36,1</b>	<b>60,4</b>

<sup>7</sup> Indagine ISTAT «Senso civico: atteggiamenti e comportamenti dei cittadini nella vita quotidiana - marzo 2019».

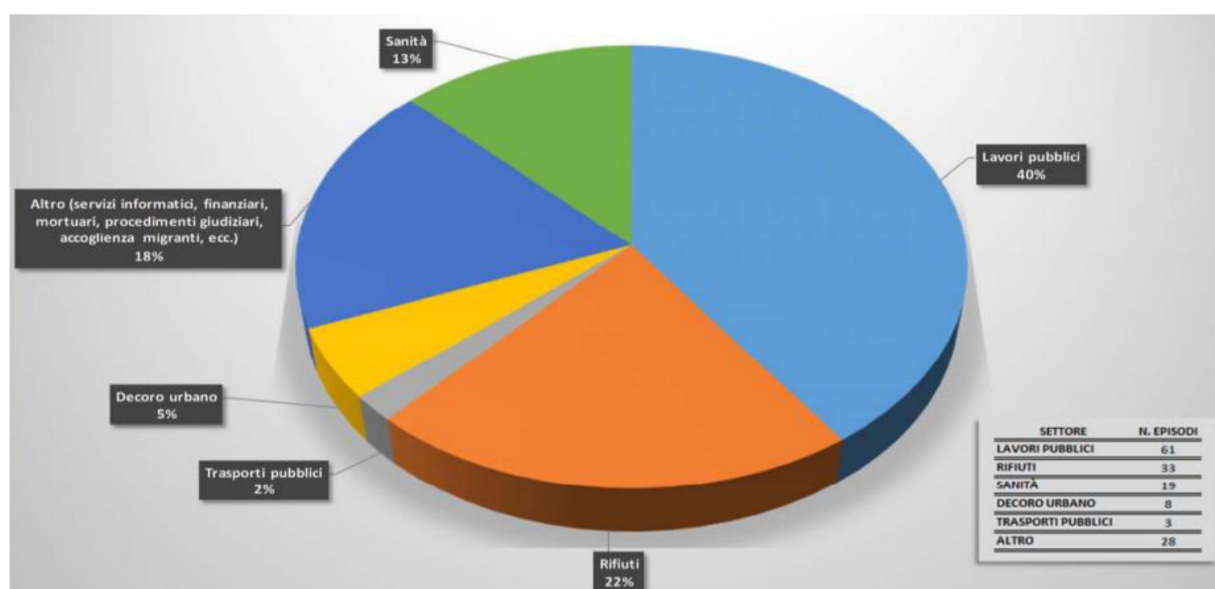
<sup>8</sup> Fonte: ISTAT «Senso civico: atteggiamenti e comportamenti dei cittadini nella vita quotidiana - marzo 2019»; link: <https://www.istat.it/it/files//2019/03/Report-Senso-civico.pdf>

Anche nella realtà pratica, il fenomeno risulta molto diffuso.

Dal rapporto ANAC “La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare)”<sup>9</sup> emerge 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 sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale».

La Figura 3 rappresenta il diagramma dell’incidenza, per settori della PA, dei fenomeni corruttivi indagati.

**Figura 3 – Incidenza dei fenomeni corruttivi nella PA – principali settori interessati**



Dal grafico emerge che particolarmente rilevanti ai fini della misurazione del rischio corruttivo, sono le aree dei contratti pubblici e quelle specifiche riferibili al settore sanitario in cui l’AOU Vanvitelli opera. Le analisi effettuate dall’ANAC evidenziano che il principale ambito di corruzione è rappresentato proprio dal settore degli appalti pubblici, a cui è ascrivibile ben il 74% dei fenomeni corruttivi rilevati. Ma, come ben illustrato dal grafico a torta, i fenomeni corruttivi riguardano il **settore sanitario** nel 13% dei casi.

Nel predetto settore, come emerge dal grafico sotto riportato<sup>10</sup>, si verificano sia illeciti tipici anche di altre pubbliche amministrazioni, sia situazioni molto specifiche riferibili al contesto medico. Le ragioni all’alto numero di illeciti, registrato nel comparto sanitario, sono da cercare nella complessità ed estensione delle strutture, l’elevato numero del personale e l’esteso bacino d’utenza. Tra le tipologie di illeciti segnalati i più ricorrenti sono: casi relativi a nomine irregolari, "mala gestione" di reparti ospedalieri o strutture distaccate, irregolarità negli appalti, casi di "malasanità", casi relativi ai c.d. "furbetti del cartellino", sponsorizzazioni farmaceutiche irregolari, false invalidità, scambi di favori tra un ente sanitario e un’azienda privata.

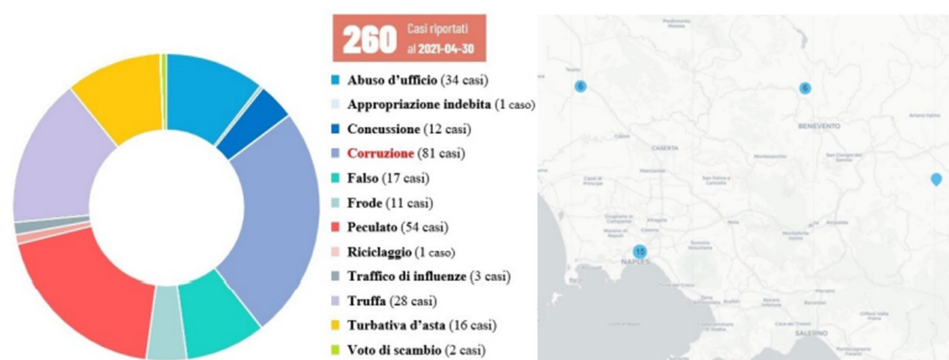
<sup>9</sup>

<https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Comunicazione/News/2019/RELAZIONE%20+%20TABELLE.pdf>

<sup>10</sup> Fonte: “Mappiamo la corruzione. I casi di corruzione riportati dai media italiani” [Mappa - Transparency International Italia](#)



**Figura 4 – Tipologia di reati nel settore sanitario**



Il quadro complessivo che emerge dai documenti sopra menzionati testimonia che il fenomeno corruttivo è radicato e persistente. Per il suo contenimento si impone dunque una combinazione di azioni repressive e preventive da attuare attraverso linee di coordinamento comuni. Tra queste un ruolo di primo piano deve essere certamente attribuito alla previsione di adeguate misure organizzative capaci di ridurre a monte i fattori di rischio e al rafforzamento di quelle relative alla trasparenza, quale strumento di monitoraggio civico dell'azione amministrativa. Nel settore degli appalti, inoltre, è auspicabile associare a tali misure anche lo strumento dell'istituto della vigilanza collaborativa, attraverso il quale è possibile sottoporre la documentazione di gara al vaglio preventivo dell'ANAC.

### La pandemia da COVID-19

La **pandemia da COVID-19** ha fortemente condizionato abitudini e stili di vita, ha incentivato nuove modalità di lavoro come lo *smart working*, ma ha anche causato la perdita di posti di lavoro per la chiusura di molte attività che dopo il periodo di *lockdown* hanno incontrato notevoli difficoltà.

Come noto, la pandemia ha avuto un forte impatto anche sul settore sanitario, mettendone a rischio più volte la tenuta.

Al riguardo, il settimo Rapporto realizzato congiuntamente dall'ISTAT e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)<sup>11</sup> offre una sintesi delle principali caratteristiche di diffusione dell'epidemia COVID-

19 e del suo impatto sulla mortalità totale del biennio 2020-2021, nonché un'analisi dettagliata della più recente fase epidemica estesa fino al mese di gennaio 2022.

Dal predetto rapporto si ricava che l'incidenza della predetta epidemia sulla popolazione campana si è manifestata in termini di 3481 **decessi** nel 2019 e 5269 decessi nel 2020, con un corrispondente tasso standardizzato dei decessi pari, rispettivamente, a 34 e 52. Inoltre, anche nel 2021 la Campania risulta tra le Regioni con più alta mortalità da COVID-19.

Passando al dettaglio provinciale, Napoli è inclusa nel novero delle province con più alti tassi di mortalità legata al COVID-19 nel 2021 (63,0 per 100.000 abitanti), insieme a Prato e preceduta soltanto da Trieste (66,8) e Udine (77,4).

In un contesto di cambiamento delle dinamiche occupazionali, anche gli **infortuni sul lavoro** hanno registrato delle variazioni.

Nel 2020 sono diminuiti gli infortuni sul lavoro per la minore esposizione al rischio conseguente alle chiusure intervallate da vari *stop and go* e sono crollati gli infortuni *in itinere* soprattutto per i lavoratori collocati in lavoro agile, ma anche per coloro che hanno continuato a lavorare regolarmente, percorrendo però strade non congestionate dal traffico.

Nel 2021, pur persistendo lo stato emergenziale, la ripresa dell'occupazione ha determinato un lieve incremento degli infortuni sul lavoro per effetto dell'aumento di quelli *in itinere*, mentre quelli in occasione di lavoro sono risultati in calo.

A differenza del complesso degli infortuni sul lavoro, i contagi da COVID-19 sono stati prevalentemente femminili (68,3% dei contagi). Le donne sono, infatti, maggiormente impiegate in settori particolarmente esposti al rischio di contagio, in primo luogo l'ambito sanitario e altre attività che vi gravitano attorno come, per esempio, la pulizia di ospedali e ambulatori.

In Campania, tuttavia, l'incidenza femminile è stata pari al 44,4%. Riguardo alle province, tra quelle con il maggior numero di eventi da inizio pandemia si annovera **Napoli** (4,0%).

I settori più coinvolti sono stati quelli in prima linea nel contenimento del virus: si tratta della **sanità e assistenza sociale**.

Oltre il 37% delle denunce da COVID-19, infatti, hanno interessato infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari e altre figure appartenenti alle professioni sanitarie. I tre quarti delle denunce sono stati femminili e in oltre otto casi su dieci si tratta di infermieri. Le altre categorie più colpite comprendono sempre professioni del profilo sanitario: operatori sanitari (17,9%, di cui l'81,0% donne), medici (8,6% di cui il 48,6% donne), operatori socio-assistenziali (6,7% di cui l'85,2% donne) e personale non qualificato nei servizi sanitari come ausiliari, portantini e barellieri (4,7% di cui il 72,6% donne).

La sanità e l'assistenza sociale rappresentano il settore di attività economica che ha contato, in valore assoluto, il maggior numero di decessi (22,0%). Un quarto degli eventi mortali (25,8%) ha interessato il personale sanitario e socio-assistenziale, tra cui i tecnici della salute con il 9,7% dei casi (principalmente di infermieri), i medici con il 5,1%, gli operatori socio-sanitari (3,8%), il personale non qualificato nei servizi sanitari (3,3%), gli operatori socio-assistenziali (2,5%) e gli specialisti nelle scienze della vita (tossicologi e farmacologi) (1,5%)

La provincia con più decessi da inizio pandemia è Napoli (8%).

Il 31 marzo 2022 si è chiuso nel Paese lo stato di emergenza dichiarato il 31 gennaio 2020 per contrastare la diffusione dell'epidemia da Covid-19, ma, come noto, l'epidemia non si è arrestata del tutto dopo detta data.

### **Relazioni con gli *stakeholders***

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

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

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

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

### **1B. Analisi del contesto interno**

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

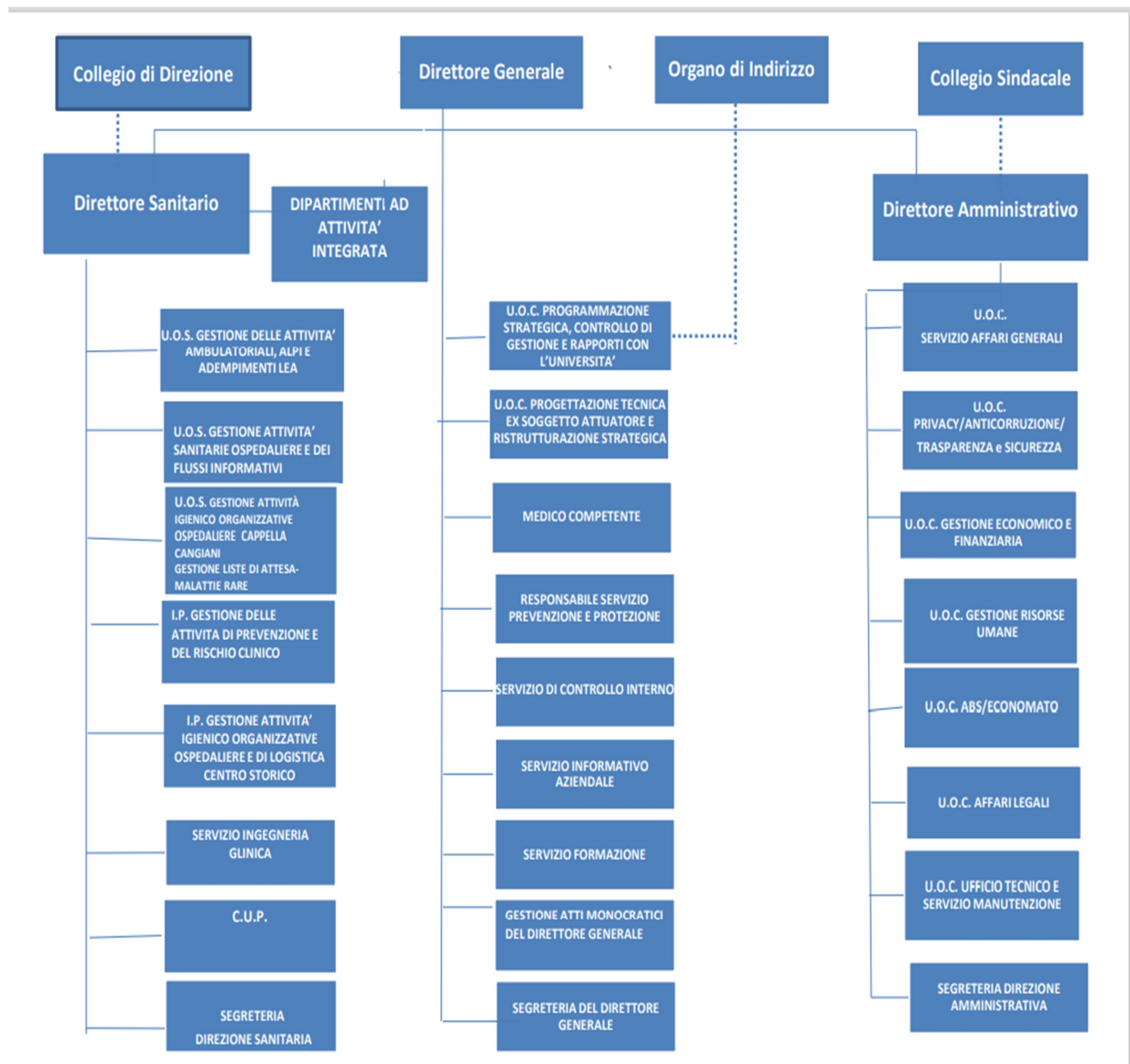
La selezione delle informazioni e dei dati relativi al contesto interno è funzionale sia a rappresentare l'organizzazione sia ad individuare quegli elementi utili a comprendere come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione. (*cfr.* sottosezione anagrafica)

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

## L'assetto organizzativo

Si rimanda per eventuali approfondimenti a quanto già descritto (cfr. sezione anagrafica) e si riportano di seguito le tabelle per una immediata rappresentazione grafica dell'organizzazione aziendale.

**Figura 5 - Direzione strategica**



**Figura 6 - Direzione generale**

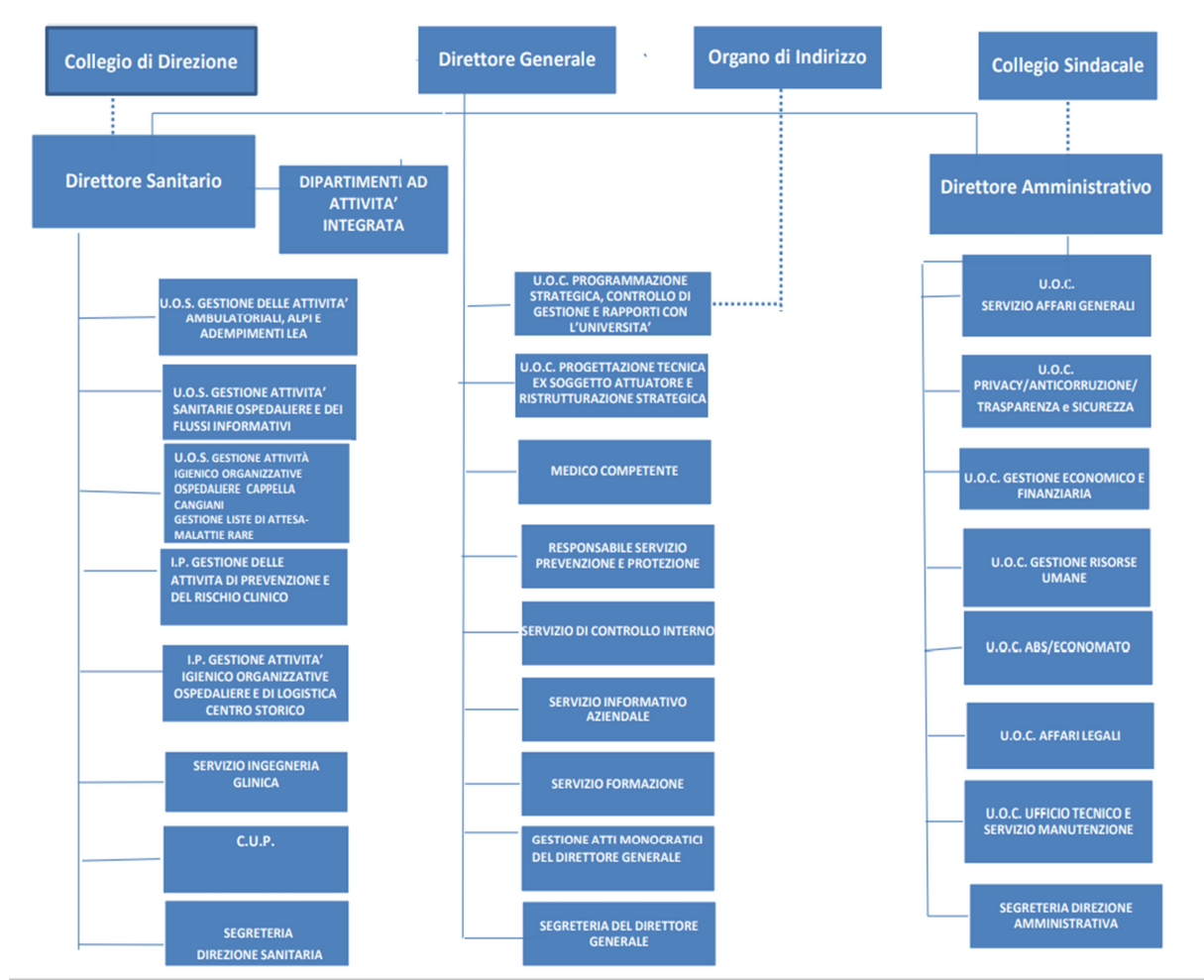
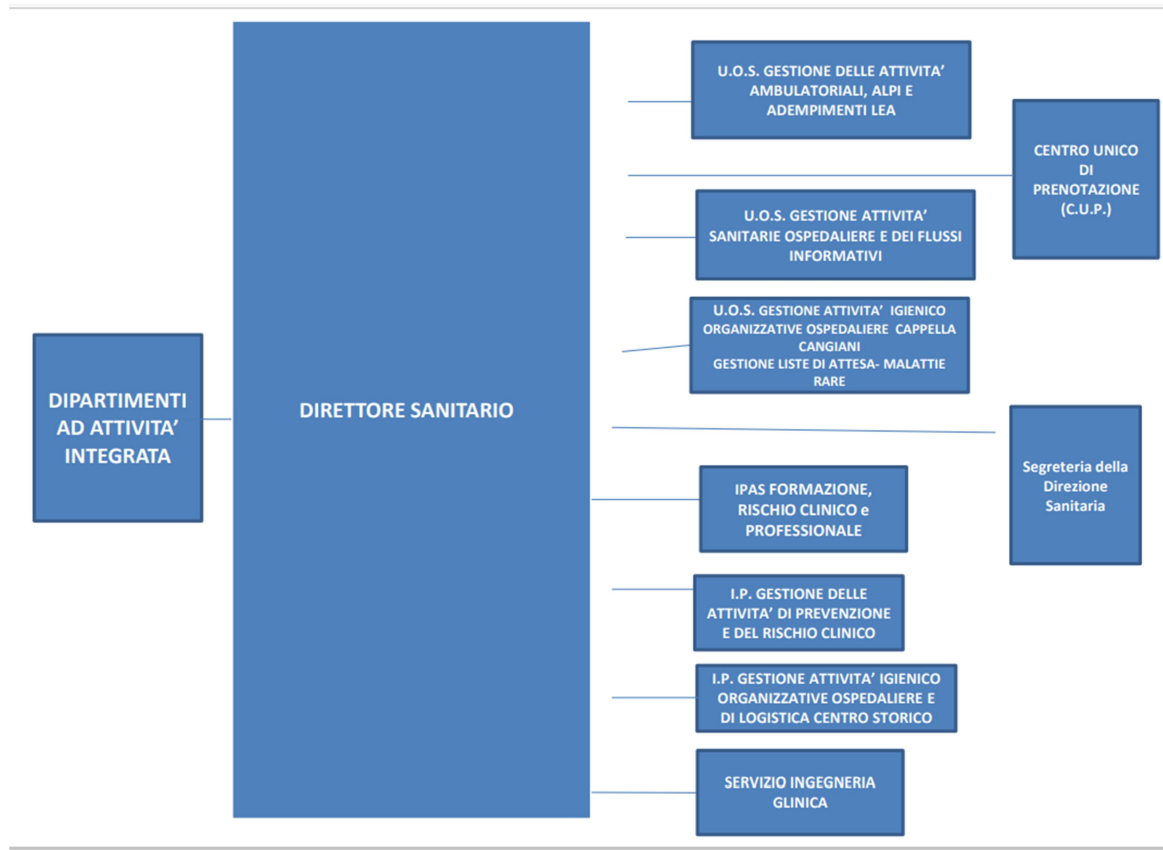
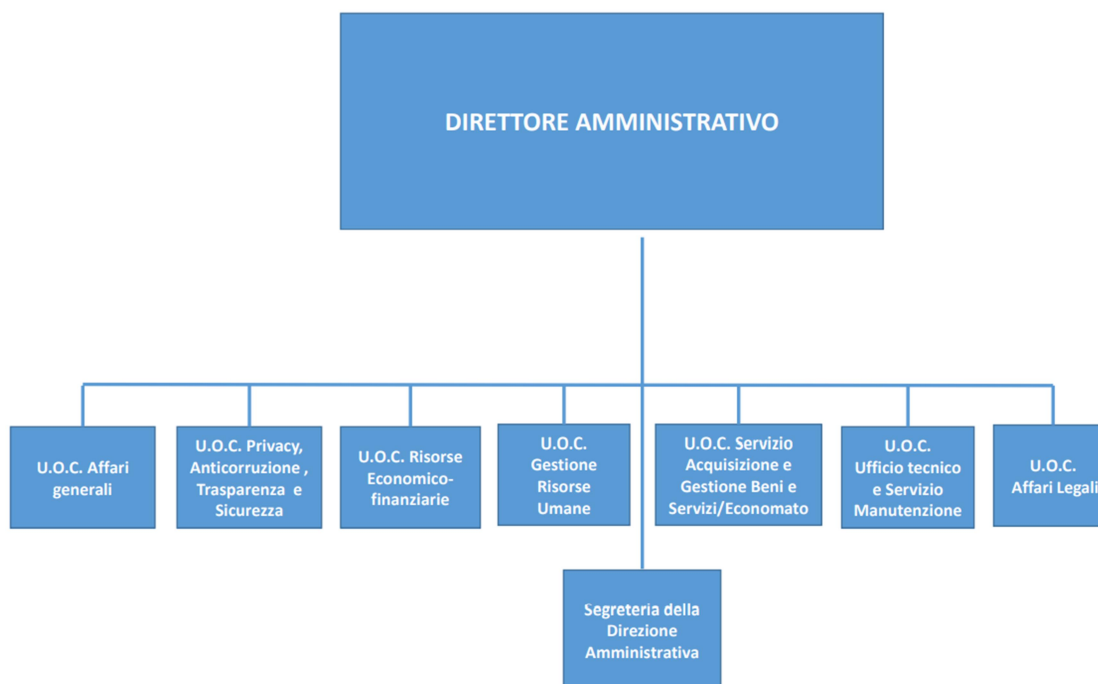


Figura 7 - Direzione Sanitaria



**Figura 8 - Direzione amministrativa**



### **Risorse finanziarie**

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

Per tale argomento si rimanda a quanto segnatamente esplicitato nella rispettiva sottosezione della sezione anagrafica.

### **Il personale**

L'AOU Vanvitelli si pone come l'incontro di diverse professionalità: oltre agli **organi di vertice** (Direttore Generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo), il personale è composto da **dirigenti** di strutture dipartimentali complesse, dirigenti di strutture dipartimentali semplici, dirigenti di struttura semplice, personale **sanitario** e **amministrativo** di qualifica non dirigenziale con varie forme di rapporto di lavoro, **docenti** e **ricercatori** universitari.

I dirigenti professionisti presenti in Azienda sono ciascuno un centro decisionale con grande autonomia. Tale necessaria autonomia, per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti, deve prestare particolare attenzione al lavoro di gruppo.

Si osserva che negli anni passati si è fatto ampio ricorso a forme contrattuali atipiche/flessibili, a causa del rigido blocco delle assunzioni. Inoltre, vi era un'elevata età media e una sostenuta percentuale (tra il 15 e il 30%) di soggetti svolgenti mansioni ridotte e/o limitate anche se in virtù

di concessioni normative, il che determinava una significativa riduzione del potenziale produttivo.

Con il nuovo *management* e la grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus COVID-19, si è dato un forte impulso alle fasi di **reclutamento**. Lo scenario relativo ai fabbisogni di personale da parte del SSN è stato modificato radicalmente dalla grave emergenza sanitaria derivante dalla diffusione del virus COVID-19, in relazione alla quale il legislatore statale ha individuato una serie di misure di natura straordinaria, aventi riflesso anche sui livelli di finanziamento statale del SSN e sui vincoli di spesa in materia di personale, in particolare il Decreto Legge del 19 maggio 2020, n 34, convertito con modificazioni in Legge del 17 Luglio 2020, n 77, con la quale si dispone l'incremento dei posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, al fine di garantire anche pluralità di soluzioni assistenziali.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 252 del 15 giugno 2021 ad oggetto "Approvazione **Piano Triennale di Fabbisogno di Personale** AOU "Luigi Vanvitelli" - Triennio 2020-2022" (di seguito anche 'PTFP') è stato approvato il piano precedentemente adottato in via provvisoria con delibera del Direttore Generale n. 344 del 10 maggio 2021.

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

Pertanto, durante il 2021-2022, così come programmato nell'anno precedente e in ragione anche della necessità di dover fare fronte al reclutamento di personale in area critica per l'emergenza COVID 19, è proseguita l'attività di espletamento delle **procedure concorsuali**, a tempo indeterminato, per il reclutamento del personale di cui al PTFP.

### **Segnalazione di eventi corruttivi**

All'esito del monitoraggio periodico, non si segnalano episodi corruttivi nel corso del 2021 e del 2022.

Non si segnalano procedimenti disciplinari, relativi all'anno 2022.

Non sono pervenute segnalazioni di eventi corruttivi (*whistleblowing*).

### **Valutazione di impatto del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno consente di confermare, in linea di massima, l'ordine di nell'analisi delle aree di rischio, con la necessità di individuare prioritariamente **l'area di rischio dei contratti pubblici e le aree di rischio specifiche del settore Sanità**.

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

In particolare, considerando quanto emerge dalle relazioni del Ministero dell'interno e della DIA e tenendo anche conto delle tipologie di attività svolte (non solo sanitaria, ma anche universitaria e di ricerca), l'area degli appalti, da un lato e le aree delle sperimentazioni cliniche,



della farmaceutica, del decesso ospedaliero, dall'altro, sembrano maggiormente esposte al rischio di infiltrazione da parte della criminalità organizzata.

Anche i dati sulla composizione demografica dell'utenza dell'AOU Vanvitelli sono significativi.

Infatti, il **basso livello di istruzione** molto diffuso tra i cittadini campani è un elemento da prendere in seria considerazione, posto che risulta assodato che più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione (Akçay, 2006; Truex, 2011).

Occorre inoltre considerare che le persone che si rivolgono all'Azienda si trovano in condizione di fragilità o perché, in qualità di pazienti, sono in condizioni di salute non ottimali o perché, in quanto familiari o persone in qualunque modo vicine ai pazienti, sono emotivamente coinvolte e condizionabili nei normali comportamenti e potrebbero rendersi, pertanto, autori o vittime di episodi corruttivi.

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

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

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

Non si può prescindere, poi, dal considerare anche l'impatto che la **pandemia da COVID-19** ha avuto su molteplici aspetti di vita, non solo relativi alla salute, ma anche economici, sociali e culturali.

La pandemia, infatti, ha inciso sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, sulla percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, sulla disponibilità a vaccinarsi contro Sars-CoV-2, sull'uso delle mascherine, sulla fiducia dei cittadini nelle istituzioni. Tali aspetti sono affrontati nel Report nazionale "PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19", che illustra i primi risultati su un campione di 2700 persone, raccolti fra agosto e novembre 2020 nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI (dedicato agli adulti di 18-69 anni) e PASSI d'Argento (dedicato agli ultra 65enni), i quali raccolgono continuamente informazioni su salute e comportamenti associati alla salute nella popolazione residente in Italia<sup>12</sup>.

Con specifico riferimento all'impatto che la pandemia ha avuto a livello organizzativo e operativo sull'AOU Vanvitelli, preme segnalare che quest'ultima è stata ed è impegnata nell'ambito dell'attività di assistenza ai pazienti contagiati, il che ha comportato una sottrazione di professionalità allo svolgimento delle attività sanitarie ordinarie.

Le ricadute dell'emergenza sull'AOU si sono concretizzate in termini di inevitabili rallentamenti nella realizzazione del monitoraggio e riesame periodico dell'attuazione delle misure di prevenzione, riconducibili alla attivazione di necessarie procedure di carattere straordinario in osservanza alle misure nazionali di contenimento e prevenzione della pandemia.

---

<sup>12</sup> Per approfondimenti [PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19 \(iss.it\)](https://www.iss.it)

Diversi fattori potenzialmente in grado di accrescere il rischio corruzione hanno avuto poi un'amplificazione durante la fase acuta della pandemia. La gestione emergenziale dei processi di approvvigionamento ha elevato il grado di discrezionalità dei processi decisionali, accelerato e semplificato le procedure di approvvigionamento di beni, servizi e personale, generando un ricorso estensivo a meccanismi più esposti al rischio di condizionamenti impropri, quali l'affidamento diretto. La debolezza dei controlli, la rapidità della diffusione del contagio e la conseguente esigenza di accentramento delle scelte delegate ai vertici delle centrali di committenza, sono segnalate come fattori di crescita del rischio corruzione nella pandemia.

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia, rendendo necessario un consistente intervento pubblico nell'economia per sostenere le famiglie e le imprese, ha solleticato gli appetiti criminali in un settore nevralgico come quello della Sanità, sul quale vengono convogliate cospicue risorse pubbliche, rendendo il settore particolarmente permeabile ad una miriade di imprese contigue alla criminalità organizzata, anche se non diretta espressione dei clan, impegnate nei vari ambiti professionali: pulizie, servizi di sanificazione, sanità privata, fornitura di medicinali, servizio ambulanze, per citarne i principali (sono gli operatori economici che operano nella c.d. "area grigia" definita come quell'area nebulosa del mercato, a "geometria variabile", nella quale si intrecciano e si incontrano interessi economici portati da criminalità organizzata, operatori economici - imprenditori per lo più - esponenti politici e liberi professionisti, al fine di porre in essere un gioco a somma positiva e concludere in tal modo affari redditizi per tutte le parti in gioco).

È quindi anche su queste aree a rischio che l'AOU Vanvitelli intende indirizzare gli sforzi.

Tanto più nel prossimo futuro, quando sarà destinataria di fondi PNRR. Ciò le impone, infatti, di prestare particolare attenzione e adeguare le misure di prevenzione della corruzione al fine di evitare che si verifichino infiltrazioni di organizzazioni criminali o di altri soggetti intenzionati a distrarre risorse pubbliche.

È intenzione dell'Azienda, quindi, innalzare l'attuale soglia di attenzione con il controllo della regolarità delle procedure e delle spese mediante l'adozione delle misure atte a garantire che l'impiego delle risorse avvenga nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, di assenza di conflitti di interessi, di frodi e corruzione, oltre che nella consapevolezza dei rischi insiti nel c.d. ciclo della sanità (costruzione e ristrutturazione di insediamenti ospedalieri, produzione e distribuzione di apparati tecnologici, di equipaggiamenti e di prodotti medicali, smaltimento di rifiuti speciali, sanificazione ambientale o servizi di onoranze funebri).

### **Valutazione di impatto del contesto interno**

Anche il contesto interno è stato influenzato, negli scorsi anni, dalla situazione emergenziale causata dalla pandemia da COVID-19. Si fa riferimento, in particolare, allo *smart working* di cui l'Azienda ha supportato l'applicazione, in ragione della fase emergenziale, limitatamente al personale le cui attività lavorative possono essere svolte in maniera delocalizzata rispetto all'ambiente di lavoro preposto e nel rispetto delle indicazioni nazionali.

Viene in rilievo poi la riorganizzazione a cui l'Azienda è stata recentemente sottoposta. Le modifiche dell'assetto, con tutte le relative conseguenze, l'ampliamento del contingente di personale, potrebbero offrire spazi per episodi corruttivi. Essi forniscono, pertanto, un utile contributo alla individuazione dei rischi nonché alla progettazione di interventi rivolti ai destinatari interni ed esterni all'organizzazione.

Si prospetta l'esigenza di orientare le attività sulla programmazione, anche di lungo periodo, in un'ottica di superamento dello stato emergenziale, verso obiettivi di miglioramento dei procedimenti amministrativi e dei processi assistenziali in un'ottica complessiva di maggiore efficacia, efficienza nella gestione delle risorse ed accessibilità ai servizi.

Andrà monitorato l'andamento della pandemia, per valutare e considerare l'impatto di sostenibilità degli interventi. Si dovranno superare anche i limiti organizzativi caratterizzati, in particolare, dalla vetustà e inefficienza dei sistemi ITC e dalle criticità strutturali dei poli di cura, quali la dispersione logica delle strutture e le difficoltà di accessibilità alle stesse.

Il primo dei due aspetti, in particolare, può senz'altro accrescere il livello di esposizione al rischio di episodi corruttivi, anche in considerazione del fatto che le criminalità hanno manifestato interesse alle nuove tecnologie, che rappresenta un altro settore criminale in forte espansione in 'epoca covid'. Le falle dei sistemi ITC possono, dunque, offrire a criminali, ma non solo, occasioni per ottenere indebiti vantaggi a discapito dell'organizzazione e della sua utenza.

Inoltre, considerato che l'AOU dovrebbe ottenere l'accesso ai fondi PNRR proprio per l'ammodernamento dei sistemi di ITC, è più che ragionevole ipotizzare che le mafie potrebbero rivolgere le proprie attenzioni a tali risorse. Il rischio è costituito dalla possibilità che tali finanziamenti necessari per fronteggiare la crisi originata dall'emergenza sanitaria e per assicurare un tempestivo sostegno economico in favore delle categorie più colpite dalle restrizioni potrebbero invece rappresentare una ulteriore fonte di guadagno a vantaggio delle consorterie. Dovranno quindi essere messi in pratica tutti gli accorgimenti ed i controlli necessari volti ad impedire che le imprese a vario titolo riconducibili a sodalizi mafiosi possano riuscire a penetrare la filiera dell'erogazione dei fondi.

Il processo di miglioramento continuo va pertanto inserito in una complessiva strategia di sviluppo organizzativo, culturale e professionale in cui risulta fondamentale anche il potenziamento dei meccanismi di formazione. In tal senso, andranno valorizzate le iniziative volte a favorire un clima di legalità e trasparenza, tanto più necessarie quanto più ampia, articolata e complessa risulta l'Amministrazione.

Si rende necessaria anche l'implementazione della misura generale della rotazione degli incarichi, non applicata negli anni precedenti per l'assenza di personale qualificato.

### **Mappatura dei processi**

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

Ai fini della definizione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, l'Azienda tiene conto di tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso ampio.

Nel corso del 2022, anche in considerazione del mutato assetto organizzativo aziendale, si è proceduto ad aggiornare la mappatura dei processi preesistenti, attraverso incontri finalizzati svolti con i principali Responsabili.

Rilevante in tal senso si è dimostrato l'apporto del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", che ha erogato attività seminariali con gruppi ristretti di interlocutori. Tali attività hanno potenziato gli strumenti conoscitivi per procedere ad un aggiornamento della mappatura, propedeutica ad una rivalutazione del rischio in termini qualitativi.

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

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

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

Nella presente sezione si riporta, pertanto, la mappatura dei processi riferibili alle principali attività dell'Azienda, con un livello di dettaglio riferibile ai "processi" di tutte le "aree di rischio". La tipologia di rappresentazione utilizzata è quella tabellare, per cui per ogni area sono individuati: - Area – Macro processi – Processi. - Descrizione del processo. - Responsabili. - Strutture coinvolte. - Rischi. - Fattori abilitanti. - Indicatori del livello di rischio. - Livello di esposizione a rischio. - Misure generali, con descrizione della misura, responsabilità, tempi e indicatori. - Tipologia della misura. - Misure specifiche, con descrizione della misura, responsabilità, tempi e indicatori.

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

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

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

La mappatura completa dei processi è riportata nell'allegata scheda *Excel*. ([Link al documento](#))

### **Valutazione del rischio corruttivo**

La **valutazione del rischio** è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive (trattamento del rischio).

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

Dal punto di vista metodologico, il RPCT e i soggetti a supporto hanno preliminarmente individuato i comportamenti che potenzialmente danno luogo a fenomeni di corruzione e hanno individuato i fattori abilitanti che ne agevolano il verificarsi. Successivamente, hanno proceduto alla misurazione del rischio optando per un approccio qualitativo, come suggerito nell'allegato 1 al PNA 2019.

### **Identificazione, analisi e ponderazione del rischio corruttivo**

La prima fase di **identificazione dei rischi corruttivi** ha visto il coinvolgimento dei responsabili delle varie strutture aziendali (soggetti che agiscono in qualità di referenti aziendali a supporto del RPCT), i quali, in virtù della conoscenza approfondita delle attività svolte, hanno contribuito a individuare i relativi rischi e i vincoli organizzativi che ne ostacolano la rimozione.

La formalizzazione dell'attività di identificazione degli eventi rischiosi è riportata in una specifica colonna, denominata "Rischio", nella quale è riportata, per ciascun processo, la catalogazione in formato tabellare di almeno un evento rischioso.

Pertanto, tale tabella può essere intesa anche come "Registro dei rischi", (*cf* Tabella allegata al presente documento e parte integrante).

Nello specifico, nel corso del 2022 si è proceduto innanzitutto alla ricognizione, organica e sistematica, per ciascun processo, dei cosiddetti **fattori abilitanti**, ovvero di quei fattori del contesto interno ed esterno che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Di seguito si riportano i fattori abilitanti trasversali e comuni alle diverse aree di rischio:

- carenza di personale e/o personale qualificato;
- parziali criticità negli strumenti utili a un completo controllo di gestione e/o di strumenti automatici di verifica;
- carenza di misure idonee alla prevenzione del rischio;
- complessità e farraginosità del processo con conseguente rischio di incorrere in errore;
- discrezionalità nella gestione del processo;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; Inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- parziale inadeguatezza di regolamenti, procedure, documenti, istruzioni;
- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli/ rotazione del personale);
- mancanza di trasparenza;

- possibilità di conflitto di interessi;
- scarsa diffusione dell'informazione all'interno dell'organizzazione;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- difficoltà operative derivanti da situazioni emergenziali (Covid-19).

Successivamente, adottando l'approccio qualitativo suggerito nell'allegato 1 al PNA 2019, si è proceduto a stimare l'esposizione al rischio in base alle motivate valutazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, sulla base di specifici criteri.

Più precisamente, sono stati individuati i seguenti **indicatori per l'analisi del livello di esposizione al rischio** del processo.

- Livello di interesse "esterno": la presenza ed il livello di interesse, non solo economico, rilevante per i destinatari del processo, sono in relazione diretta col livello di rischio.
- Valore economico connesso al processo: la circostanza che il processo comporti l'attribuzione di vantaggi/benefici di valore economico ai destinatari del processo e/o ad altri soggetti esterni e l'entità di tali vantaggi possono aumentare il livello di esposizione al rischio.
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato: se, con riguardo al processo si sono già verificati eventi corruttivi in passato, il livello di rischio è maggiore; per eventi corruttivi si intendono fattispecie (che abbiano determinato indagini e/o processi ed abbiano o meno dato luogo a provvedimenti di accertamento) rilevanti non solo sul piano penale, ma anche sul piano disciplinare, ovvero della responsabilità amministrativa per danno erariale, ovvero ancora disfunzioni amministrative oggetto di segnalazioni agli organi dell'Amministrazione o da parte degli stessi, con particolare, ma non esclusivo riguardo alle rilevazioni contenute negli atti degli organi di controllo interni od esterni all'Amministrazione (ad esempio, OIV, Revisori dei Conti, Regione, ANAC etc.).
- **Trasparenza/opacità del processo decisionale**: il livello di trasparenza, sostanziale e non solo formale, degli atti del processo è in relazione inversa col livello di rischio e conseguentemente il livello di opacità in relazione diretta con esso.
- **Presenza di normativa / Regolamenti interni**: il livello di dettaglio della disciplina (esterna o interna), influisce sul rischio, ponendosi in relazione inversa col livello di rischio.
- **Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA**: la presenza di discrezionalità, più o meno ampia, influisce sul rischio ed è in relazione diretta, conseguendo ad una più ampia discrezionalità un più elevato livello di rischio.
- **Distribuzione del potere decisionale**: la concentrazione del potere decisionale in capo a una o poche persone aumenta il rischio di eventi corruttivi.
- **Presenza di controlli sul processo**: la presenza di controlli, interni e/o esterni, sulle attività del processo e la loro frequenza, possono ridurre il rischio.
- **Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano**: il grado di attuazione delle misure, sia generali che specifiche, relative al processo ed il livello di collaborazione del responsabile (non solo nell'attuazione, ma anche nella costruzione, nell'aggiornamento e nel monitoraggio) sono in relazione inversa col livello di rischio; un insufficiente grado di attuazione ed una scarsa

collaborazione, infatti, possono segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione e comunque determinano una maggiore probabilità di verifica di eventi corruttivi e, conseguentemente, un maggiore livello di rischio.

Al fine di definire le priorità e le modalità di intervento relative alle attività con elevato rischio di corruzione, per ognuno degli indicatori sopra elencati, sono state individuate le domande e le ipotesi di risposte funzionali al rilevamento del livello di esposizione al rischio dei singoli processi. Per ognuno degli indicatori sopra elencati, è stata espressa una valutazione secondo una scala crescente di cinque valori principali che esprimono i gradi di rischio a cui possono essere esposti i processi mappati: molto basso, basso, medio, alto, molto alto.

Al fine di evitare la sottostima del rischio, adottando un criterio generale di prudenza, si è scelto di far corrispondere la valutazione globale del livello di rischio del processo, risultante dall'insieme delle singole valutazioni espresse con riferimento a ciascun indicatore, a un giudizio sintetico riconducibile ai seguenti cinque gradi di rischio: **rischio basso, basso/medio, medio, medio/alto, alto**.

Gli esiti della dell'attività di valutazione sono riportati nelle allegate schede *Excel*. Link

### **Trattamento del rischio corruttivo**

Il **trattamento del rischio** consiste nella individuazione, progettazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le **misure generali** intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Le **misure specifiche**, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su problemi peculiari non neutralizzabili con il ricorso a misure generali.

Nella fase di trattamento del rischio, la RPCT, coadiuvato dai referenti coinvolti, ha proceduto a progettare misure specifiche puntuali e idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Si è cercato di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle misure, prevedendo scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili, in modo tale da evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

Nella presente sezione si riportano, dunque, le misure generali e specifiche per le aree di rischio generali e per le aree specifiche del settore Sanità che verranno attuate dall'Amministrazione nel triennio 2023-2025, con indicazione delle tempistiche di attuazione e degli uffici responsabili.

Le schede *Excel* allegate link al presente documento contengono anche le predette misure di trattamento con indicazione delle seguenti voci: tipologia, descrizione, responsabilità, tempi di attuazione e indicatori di monitoraggio.



## Misure di prevenzione generali

### Codice di comportamento

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

Un’ulteriore edizione del codice è stata adottata con **delibera del Direttore Generale n. 298 del 28 dicembre 2022**.

Il nuovo codice ha tradotto gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo perseguiti con le misure di tipo organizzativo in doveri di comportamento e regole di condotta specifiche che prendono in considerazione anche comportamenti attinenti ad alcune aree di rischio “Sanità”, quali decesso ospedaliero e liste d’attesa. Il rispetto delle disposizioni del codice è altresì inserito nei contratti di assunzione, in quelli di affidamento di consulenze e collaborazioni e nei documenti di gara per l’affidamento di lavori, servizi e forniture e nei contratti di sperimentazione.

Ai sensi dell’art. 54 c. 6 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, vigilano sull’applicazione del codice i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l’Ufficio di disciplina e la RPCT. Ai fini dell’attività di vigilanza e monitoraggio, l’Azienda si avvale degli Uffici preposti all’azione disciplinare, che provvede a trasmettere gli esiti dei relativi procedimenti anche al RPCT ed all’OIV. I dati sui procedimenti sono inseriti nella relazione annuale elaborata dal RPCT ai sensi dell’art. art. 1 co. 14 della L. 190/2012. Le eventuali disfunzioni sui doveri comportamentali e le fattispecie di rilievo disciplinare rientrano tra gli elementi per la valutazione del livello di esposizione a rischio dei processi, in quanto ricompresi nell’indicatore «manifestazione di eventi corruttivi in passato», dal momento che la violazione dei doveri comportamentali innalza il livello di esposizione a rischio.

Il suddetto documento è consultabile direttamente sul sito *web* istituzionale dell’Azienda.

### Inconferibilità/incompatibilità di incarichi

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

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

### Astensione in caso di conflitto di interessi

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

### **Incarichi extraistituzionali**

L'Azienda, al fine di ridurre l'eventuale cumulo di incarichi in capo ad uno stesso Dirigente o funzionario, procederà alla adozione di regolamenti interni al fine di definire i requisiti richiesti per lo svolgimento di incarichi d'ufficio. Sono in corso di elaborazione norme specifiche finalizzate a disciplinare il conferimento di incarichi extraistituzionali che potrebbero realizzare situazioni di conflitto di interesse e che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

Quanto alle misure approntate, è prevista la predeterminazione puntuale dei criteri per ottenere l'autorizzazione e vengono eseguiti controlli a campione sulla veridicità delle autodichiarazioni rese dai soggetti che richiedono le autorizzazioni.

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

### **Autocertificazione dei componenti di commissioni per concorsi e gare**

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

Analogamente è stato aggiornato il modello di autocertificazione che i commissari di gara devono obbligatoriamente sottoscrivere prima di essere formalmente nominati, inserendo l'attestazione circa l'assenza di condanne penali relative ai reati di cui sopra.

Con cadenza semestrale, i Responsabili delle strutture interessate sono tenuti a dare comunicazione al Responsabile dell'effettiva acquisizione agli atti di tali dichiarazioni.

### **Formazione**

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

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

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

Nel triennio 2023-2025 sarà implementato il processo di formazione ricorrendo, laddove necessario, anche a professionalità esterne specialisti della materia per un progetto di formazione continua al fine di:

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

La formazione dei dirigenti sarà rafforzata tramite corsi di alta specializzazione o comunque di specifici corsi selezionati dal RPCT anche presso istituti privati specializzati.

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

### **Rotazione del personale**

Altro strumento di trattamento è costituito dalla rotazione del personale. A tal proposito, si debbono innanzitutto distinguere i concetti di rotazione ordinaria e straordinaria. La rotazione c.d. ordinaria del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla Legge n.190/2012 con l'obiettivo di limitare il consolidarsi di rapporti che possano configurare o alimentare dinamiche di "*mala gestio*", evitando che il dipendente pubblico possa instaurare rapporti privilegiati in contrasto con l'interesse pubblico, conseguenti alla permanenza nel tempo nel medesimo ruolo o funzione. Tale misura deve essere vista, innanzitutto, come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane e non come strumento da assumere in via emergenziale o con valenza punitiva.

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

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

L'AOU con i bandi di concorso per assunzione di personale sanitario e amministrativo, approccerà alla rotazione, anche solo parziale, nell'anno in corso, considerato che sopperirà alla carenza di personale esclusivo prevalentemente sanitario-infermieristico ed in minor misura di quello amministrativo. E' peraltro previsto avvicendamento del personale impiegato nelle commissioni di gara e una rimodulazione delle attività amministrative nei singoli uffici.

Nel biennio 2021-2022 la rotazione non è stata attuata per carenza di figure professionali.

Per il triennio 2023-2025 tale misura sarà oggetto di valutazione per una ipotesi di applicazione in relazione alle risorse disponibili.

L'AOU con i bandi di concorso per assunzione di personale sanitario e amministrativo, approccerà alla rotazione, anche solo parziale, nell'anno in corso, considerato che sopperirà alla carenza di personale esclusivo prevalentemente sanitario-infermieristico ed in minor misura di quello amministrativo. E' peraltro previsto avvicendamento del personale impiegato nelle commissioni di gara e una rimodulazione delle attività amministrative nei singoli uffici.

Nel biennio 2021-2022 la rotazione non è stata attuata per carenza di figure professionali.

Per il triennio 2023-2025 tale misura sarà oggetto di valutazione per una ipotesi di applicazione in relazione alle risorse disponibili.

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

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

Nel biennio 2021-2022 la rotazione non è stata attuata per carenza di figure professionali.

Per il triennio 2023-2025 tale misura sarà oggetto di valutazione per una ipotesi di applicazione in relazione alle risorse disponibili.

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

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

Le segnalazioni devono essere indirizzate direttamente al RPCT. Le stesse sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Oltre alle segnalazioni riservate, sono ammesse segnalazioni anonime, anche attraverso strumenti informatici, mediante il seguente indirizzo e-mail: [servizioanticorruzione.trasparenza@policliniconapoli.it](mailto:servizioanticorruzione.trasparenza@policliniconapoli.it) assegnato al RPCT dell'AOU.

È in fase di implementazione la piattaforma informatica per il whistleblowing, che sarà accessibile – entro l'anno corrente – direttamente dal sito aziendale, nonché il contatore delle visite al sito stesso.

### **Misure di prevenzione specifiche**

Nella presente sezione, vengono prese in considerazione le misure specifiche attuate e programmate con riferimento alle principali aree di rischio 'generalì' e a quelle riconducibili al settore 'Sanità'.

Le schede *Excel* allegate al presente documento recano nel dettaglio per ciascun processo afferente alle aree di rischio considerate, le misure specifiche, con descrizione delle stesse, indicazione delle responsabilità, dei tempi di attuazione e degli indicatori di monitoraggio.

## **Aree generali**

### **Acquisizione e gestione del personale**

Per quanto concerne il reclutamento del personale, la programmazione avviene sulla base di criteri prestabiliti e previa analisi delle necessità dell'Azienda. I risultati vengono inviati alla Regione ai fini dell'approvazione della programmazione stessa. L'AOU Vanvitelli provvede alla ricognizione e aggiornamento del quadro delle risorse esistenti e mancanti e definizione tempestiva, per quanto di competenza, delle esigenze assunzionali. Il documento relazionale contenente gli obiettivi strategici e le motivazioni a supporto delle decisioni assunte in tema di programmazione del fabbisogno di personale è pubblicato nell'apposita sezione dedicata alla trasparenza del sito *web* dell'Ente.

Predeterminazione. Rotazione dei commissari di concorso. Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e di mancanza di conflitto di interessi.

Nei bandi di concorso vengono di regola chiarite le modalità di svolgimento del concorso, predeterminati i criteri di valutazione dei candidati e di assegnazione dei punteggi, nonché le modalità di comunicazione dell'esito del concorso e dei requisiti per la nomina dei commissari di concorso. Questi ultimi sono sottoposti a rotazione e ad acquisizione delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e di mancanza di conflitto di interessi. È prevista sempre la pubblicazione della graduatoria finale.

Quanto alla mobilità, si procede periodicamente alla ricognizione e all'aggiornamento del quadro delle risorse esistenti e mancanti e alla definizione tempestiva, per quanto di competenza, delle esigenze assunzionali (Piano triennale), con relativa pubblicazione delle delibere sul sito *web* istituzionale.

Con riferimento alla elaborazione e gestione delle liquidazioni in favore del personale, è prevista la predisposizione di un rilevatore delle presenze, nonché la verifica della corrispondenza tra presenze rilevate e retribuzioni effettivamente liquidate. La verifica delle presenze rilevate ai fini della liquidazione dello straordinario verrà invece attuata entro dicembre 2023.

Per la liquidazione dei compensi per attività *intramoenia* al personale medico/sanitario, è garantito il coordinamento tra il responsabile delle attività *intramoenia* e il GEF. Entro il 2023, inoltre, si prevede l'adeguamento dei programmi gestionali che consentono di utilizzare il meccanismo dell'Alert in caso di errore.

Sul sito aziendale vengono, inoltre, pubblicati avvisi e graduatorie relativi alla stipulazione di contratti a tempo determinato per l'attuazione di progetti finalizzati. È prevista, al riguardo, l'acquisizione contestualmente alla nota di nomina, della dichiarazione ai sensi dell'art. 35-*bis*, D. Lgs. n. 165/2001 di eventuali conflitti d'interessi. È prevista la liquidazione delle sole somme risultanti da richieste formali provenienti dai titolari/responsabili dei progetti.

Nella sezione Amministrazione Trasparente vengono altresì pubblicati gli avvisi relativi alle borse di studio e gli atti deliberativi che includono le graduatorie. Nel corso del 2023 verrà

implementata anche l'acquisizione, contestualmente alla nota di nomina, della dichiarazione ai sensi dell'art. 35-bis, D.lgs. n. 165/2001 di eventuali conflitti d'interesse.

### **Affari legali e contenzioso**

Per il conferimento di incarichi legali a professionisti esterni e del libero foro, con delibera n. 331 del 14.3.2019 è stato adottato apposito regolamento interno, in cui vengono, tra l'altro, dettagliate le ipotesi in cui è possibile avvalersi di legali esterni e le procedure seguite per la liquidazione dei relativi compensi.

I professionisti di cui si avvale sono inseriti in una *short list* periodicamente aggiornata. Gli incarichi vengono conferiti secondo criteri di rotazione e trasparenza tenendo conto del settore di competenza e pubblicati in Amministrazione Trasparente. In sede di conferimento dell'incarico è prevista l'acquisizione di dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e di conflitti d'interesse, le quali vengono poi sottoposte a controlli a campione. Viene garantita, inoltre, la rotazione negli incarichi, previa valutazione delle specifiche competenze del legale da incaricare.

Nella gestione dei contenziosi è assicurato un buon livello di segregazione delle competenze nonché la collaborazione tra i vari uffici coinvolti attraverso l'implementazione di flussi informativi.

Nella liquidazione delle parcelle si applica il criterio cronologico. Prima di procedere alla liquidazione è prevista inoltre la verifica dell'impegno di spesa su LegalApp.

Questa area di rischio, distinguendo tra contenzioso legato a sinistri e non, è stata arricchita con il processo "conferimento incarichi medico-legali". Il medico legale è sempre interno e solo nei casi di conflitto di interesse, previa acquisizione del parere del Comitato valutazione sinistri, si avvale di soggetti esterni. La rotazione è applicata ove possibile.

### **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**

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

Con riguardo al **bilancio**, in considerazione, per un verso, del rilievo che esso assume in quanto strumento di programmazione e, per altro verso, del suo carattere generale, il livello di rischio corruttivo nel processo di predisposizione ed approvazione del bilancio di previsione e di esercizio può essere considerato medio/alto.

È stata introdotta, pertanto, una disciplina interna articolata e dettagliata.

Detta attività vede l'apporto di altre UOC (Risorse umane, Acquisizioni beni e servizi, Affari legali) e segue procedure amministrativo-contabili formalizzate in linea con il sistema ministeriale di certificazione del bilancio (ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo del personale ecc.).

Il bilancio è inoltre sottoposto a controlli da parte di organi interni (Collegio sindacale) ed esterni (Regione Campania). Esso viene pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" e trasmesso alla Regione Campania.

Le **procedure contabili** in generale sono informatizzate, il che ne garantisce la tracciatura. Esse, inoltre, sono svolte nel rispetto di normativa sia interna che esterna, che le disciplina dettagliatamente con il coinvolgimento, oltre al dirigente, di due unità di personale. Vi è poi il controllo da parte del Collegio sindacale.

Per le procedure di **recupero crediti**, non esiste una puntuale disciplina interna che regoli, nel merito, le scelte del processo, in particolare con riguardo all'attività di verifica periodica di esigibilità dei crediti. Nel processo è stata coinvolta anche l'UOC Servizio legale; tuttavia, per la parte relativa all'UOC GREF non è, allo stato, possibile una segregazione del processo a causa della mancanza in organico di posizioni organizzative. In ogni caso è previsto il controllo del Collegio sindacale.

Il processo della fatturazione attiva è informatizzato e tracciato, disciplinato da normativa, anche interna ed è soggetto ad una significativa segregazione per effetto del coinvolgimento di altre UOC e della distribuzione dei compiti interna all'UOC GREF su due unità di personale dell'ufficio. Non sono, invece, previsti specifici controlli.

Le **attività di pagamento** seguono apposita disciplina, sia esterna che interna, sono ripartite, all'interno dell'UOC GREF, tra più unità di personale e, in parte, affidate anche ad altre UOC. All'interno dell'ufficio solo due unità sono dedicate in maniera esclusiva al processo, rispettivamente, una per i pagamenti ai fornitori ed un'altra per i pagamenti degli stipendi (ivi compresi gli oneri riflessi). Ciò determina una costante difficoltà operativa, anche per il rispetto dei tempi, giacché la collaborazione pur prestata da altre due unità operative risulta non sufficiente. Il processo è inoltre sottoposto al controllo del Collegio dei revisori dei conti. I provvedimenti di pagamento sono sottoposti a pubblicazione.

Quanto alla gestione del **ciclo passivo**, va detto che non esiste una puntuale disciplina che regoli, nel dettaglio, il flusso degli adempimenti preliminari necessari per la registrazione delle fatture e la relativa tempistica. Esso è però soggetta ad una significativa segregazione per effetto del coinvolgimento di altre UOC e della distribuzione interna dei compiti all'interno del GREF tra tre unità di personale. Eventuale ritardo nella registrazione di alcune fatture è determinato dalla mancanza di adempimenti preliminari necessari (carico merci, ordini, etc.). Il processo è indirettamente sottoposto al controllo del Collegio sindacale, mediante la verifica dei tempi di pagamento.

Per la **gestione della cassa economale**, si segnala l'informatizzazione dell'intera procedura: la gestione cassa avviene, infatti, attraverso sistemi elettronici, quali la piattaforma SAP, il registro di cassa elettronico e, per le ipotesi di utilizzo della fatturazione elettronica sono impiegati anche ordini SPOT, per cui l'ordine è effettuato elettronicamente tramite piattaforma SAP e va inserito obbligatoriamente nella fattura elettronica. L'esecutore materiale della singola operazione risulta sempre identificabile, dato che ciascun soggetto impegnato nelle operazioni sulla piattaforma SAP ha un proprio codice utente e una propria *password*, che vengono disattivati al pensionamento o in caso di cambio ufficio del personale.

L'attività di gestione della cassa economale risulta specificamente cadenzata dalla Delibera interna n. 1818/2010, che disciplina la procedura di acquisto a mezzo cassa economale. Inoltre, sono presenti procedure relative all'utilizzo della piattaforma. È riconosciuta discrezionalità al decisore in ragione della necessità di gestire le urgenze: prima di ciascun acquisto deve essere effettuata una indagine di mercato, salvo per le ipotesi di comprovate urgenze. Il processo è soggetto a segregazione per effetto delle competenze attribuite a diverse figure che vi

intervengono (l'istruttoria preventivamente autorizzata dalla Dott.ssa Giulia Esposito, viene svolta dalla sig.ra Guarracino in collaborazione con personale assegnato).

Gli acquisti ripetitivi sono monitorati e segnalati all'UOC ABS al fine di definire correttamente il fabbisogno e programmare la procedura di acquisto.

Tali attività sono sottoposte ai controlli dell'Ufficio Ragioneria, di SORESA e, periodicamente, al controllo del Revisore dei Conti.

Quanto alla **gestione del magazzino economale**, non esiste una puntuale disciplina che regoli, nel merito, le scelte del processo. Tuttavia, si assicura un buon livello di segregazione attraverso il coinvolgimento di più figure, dando luogo alla rotazione dei funzionari addetti nei limiti del personale a disposizione della struttura. Sono inoltre previsti controlli periodici sulle giacenze in magazzino.

Le procedure di **acquisizione e alienazione degli immobili** si svolgono telematicamente nel rispetto del Codice dei contratti pubblici e tutte le delibere sono pubblicate sul sito *web* dell'Ente. Si assicura un buon grado di segregazione delle competenze attraverso l'intervento dei Capufficio dei tre uffici indicati, del Responsabile UOC e della Direzione strategica. È poi previsto il controllo *ex post* del Collegio sindacale cui vengono trasmesse tutte le delibere. Non risultano accertati eventi corruttivi verificatisi in passato, pur essendovi traccia di indagini giudiziarie giammai esitate in rinvii a giudizio.

La **rilevazione contabile dei cespiti e degli immobili** è informatizzata. L'identificazione dei cespiti avviene attraverso l'assegnazione al singolo cespite di un numero identificativo e successivo inserimento in piattaforma dello stesso. In particolare, i cespiti sono catalogati dapprima su *file Excel* e, successivamente, i dati sono caricati su piattaforma SAP (collegamento "fattura – cespite – destinatario cespite" con assegnazione di un numero a ciascun cespite). L'attività di inserimento dei dati nella piattaforma SAP avviene ad opera di un assistente amministrativo che si occupa dell'inventario. Tale fase è però interamente vincolata, in quanto esita ad una procedura che inizia con il contratto e termina nella liquidazione, interamente gestita sul SAP. L'attività è sottoposta al controllo dell'Ufficio Ragioneria, nonché della Direzione amministrativa.

L'**inventariazione** è totalmente informatizzata e la ricognizione delle tecnologie aziendali avviene a campione. Non esiste una puntuale disciplina che regoli, nel merito, le scelte del processo, ma è in programmazione l'adozione, entro dicembre 2023, di un Regolamento interno, oltre che l'applicazione di buone prassi in fase di implementazione formale. Ai fini del collaudo (necessario per l'inventario) vi è una procedura articolata che si snoda attraverso tre fasi: quella amministrativa; quella tecnica e quella funzionale (ad opera del sanitario utilizzatore). Nel processo intervengono diverse figure. Infatti, l'attività di direzione e coordinamento del processo è interna, mentre quella esecutivo/operativa è effettuata da personale esterno all'Azienda ospedaliera, individuato tramite procedura pubblica).

È prevista, inoltre, la ricognizione delle apparecchiature in **fuori uso** ai fini della loro alienazione: è prescritto il controllo da parte della Casa madre, che deve dichiarare che il prodotto non ha possibilità di riparazione, tenuto conto che sul mercato non sono più disponibili parti di ricambio. Tale dichiarazione viene presa in considerazione dal Responsabile che però può effettuare ulteriori ed autonome indagini di mercato.

In materia di **accettazione di donazioni**, sono doverose alcune puntualizzazioni con specifico riferimento a quelle che hanno riguardato il contrasto alla pandemia da COVID-19. L'art. 99 del



D.L. n. 18/2020, c.d. Cura Italia, convertito nella L. n. 27/2020, recante “Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19” e, segnatamente, il comma 5 dello stesso prevede che «(...) ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria attua apposita rendicontazione separata (...) assicurandone la completa tracciabilità. Al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet (...) al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità».

L'accettazione di donazioni si svolge in via telematica e soggiace alle disposizioni del codice civile.

L'Azienda assicura una significativa segregazione delle competenze nelle procedure di accettazione di donazioni: il proponente la donazione è di consueto il Responsabile della Struttura aziendale cui perviene la proposta di donazione da parte di soggetti esterni (associazione, società, etc.); il responsabile del processo effettua l'istruttoria sulla base dei pareri forniti dai Responsabili di Struttura, dal Direttore sanitario o dal Responsabile della sicurezza e sottoscrive la proposta; il Direttore Generale adotta la delibera finale. L'attività è sottoposta all'ordinario controllo di tutti i processi dell'Azienda.

La **gestione dei finanziamenti** è definita da specifiche procedure ministeriali che disciplinano in maniera puntuale la procedura. Non esiste una disciplina interna che regoli, nel merito, il processo ma la stessa è in fase di formalizzazione. È assicurata la segregazione delle funzioni per effetto delle competenze delle diverse figure che intervengono: GREF (per le risorse economiche), Gestione del personale, Direzione sanitaria (se è un obiettivo sanitario) e Direzione amministrativa. Il processo è inoltre sottoposto al controllo interno del Collegio sindacale, al controllo di Gruppo di lavoro *ad hoc* per i finanziamenti vincolati e al controllo esterno della Regione.

Quanto, infine, alla stipulazione di **convenzioni** per l'acquisto e la fornitura a soggetti pubblici (terzi) di attività e/o servizi, si osserva che prima dell'attivazione della convenzione, il responsabile del processo si accerta della disponibilità di bilancio. Le convenzioni per la fornitura sono rare. La maggior parte delle convenzioni riguardano la carenza di personale specialistico. Si osserva la normativa nazionale in materia, quanto previsto dal CCNL Dirigenza sanitaria, la delibera regionale su attività ALPI, e il Regolamento interno relativo all'attività libero-professionale. Nel processo intervengono più soggetti: il proponente della convenzione è di consueto il Responsabile della Struttura aziendale cui perviene la richiesta (in caso di convenzione attiva) da parte di soggetti esterni; il responsabile del processo effettua l'istruttoria sulla base dei pareri forniti dai Responsabili di Struttura o dal Direttore sanitario e sottoscrive la proposta; il Direttore generale adotta la delibera finale. Si applica, inoltre, il principio di rotazione del personale dell'Ente diretto in convenzione all'esterno, salva specifica richiesta espressa dall'Ente richiedente. È previsto il controllo del Collegio sindacale. Le delibere degli ultimi cinque anni sono pubblicate nell'apposita sezione del sito *web* istituzionale.

## **Contratti pubblici**

L'area relativa ai contratti pubblici è tra quelle che presenta i più elevati indici di rischio per cui vi è la particolare necessità di concentrare l'attenzione sulla corretta identificazione dei processi e sulla corrispondente predisposizione di misure finalizzate a prevenire i rischi corruttivi. All'interno di questo macrosettore, l'attività è stata scomposta in macro-processi e processi, attenendosi alle indicazioni fornite dall'ANAC, concentrandosi principalmente sulle misure che

si intendono mettere in atto per prevenire il rischio di corruzione nella scelta del contraente, alterando i meccanismi della concorrenza, nonché di omesso controllo in fase di esecuzione al fine di favorire indebitamente un operatore.

Nel corso del 2022 tale attività è stata svolta anche tenendo conto delle indicazioni contenute nel documento approvato da ANAC il 2 febbraio 2022, in particolare della Sezione III, in cui sono contenuti dei "focus" specifici per l'area contratti pubblici, incentrati su quelle tipologie di processo che si sono dimostrate, sia dall'analisi dei precedenti giudiziari sia dall'esame delle irregolarità riscontrate dagli uffici di vigilanza, le più permeabili a rischio corruttivo. Per ciascun Focus è stata svolta una attività di analisi confrontando i rischi individuati da ANAC, con quelli contenuti nella precedente programmazione, integrandoli, laddove necessario, e orientando il processo interlocutorio con le UU.OO. responsabili.

È prevista innanzitutto la predeterminazione dei criteri per individuare le priorità dei fabbisogni da soddisfare, anche alla luce delle disposizioni regionali. Si prevede poi l'adozione di una motivazione adeguata in relazione alla natura, alla quantità e alla tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti. Trasparenza e tracciabilità delle scelte dei lavori/interventi sono assicurate attraverso la formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione e l'informatizzazione del processo.

Per la redazione e aggiornamento del **programma triennale per gli appalti di lavori** sono confermate le seguenti misure: l'esecuzione di audit interni sul fabbisogno e sull'adozione di procedure per la rilevazione e la comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione; il controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali; il monitoraggio sulle condizioni di gara con particolare riguardo al numero delle proroghe sul totale degli affidamenti; obblighi di informazione in merito alle scadenze contrattuali da parte del RUP ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara; l'informatizzazione del processo.

Per la **nomina del RUP** è stato adottato apposito Regolamento con delibera n.44 del 26.01.2021 che definisce i criteri per individuare i RUP, in relazione all'oggetto dell'acquisto.

I DEC sono individuati in soggetti diversi dal RUP, sulla base delle specifiche competenze del personale in dotazione. Tale decisione è stata presa in applicazione della Linee Guida Anac n. 3 paragrafo 10, che consentono di nominare un Direttore dell'esecuzione del contratto diverso dal Responsabile Unico di Procedimento anche per prestazioni di importo inferiore ad Euro 500.000,00, in caso di ragioni concernenti l'organizzazione interna alla stazione appaltante, che impongono il coinvolgimento di unità organizzativa diversa da quella a cui afferiscono i soggetti che hanno curato l'affidamento. Per i DEC nominati è in programma l'acquisizione delle dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di incompatibilità, inconfiribilità e situazioni di conflitto di interesse.

L'Azienda applica i modelli proposti dall'ANAC, pubblica gli avvisi relativi a indagini di mercato in caso di indicazione da parte del richiedente di esclusività e infungibilità ha informatizzato le procedure di gara. 6

Nel caso di appalti sopra soglia, il bando è pubblicato in GUUE, in GURI, sul sito *web* dell'Ente e sulla piattaforma informatica SORESA. Nel caso di gare sotto soglia il bando è pubblicato sul MEPA.

La sicurezza e la riservatezza nel trattamento e nella custodia della documentazione di gara sono garantite attraverso l'adozione di strumenti informatici.

Nella **individuazione dei commissari di gara**, si prevede l'acquisizione delle dichiarazioni di incompatibilità e di assenza di conflitti di interesse, la pubblicazione dei loro *curricula*.

In caso di annullamento di gare, oltre all'obbligo di motivazione è previsto l'utilizzo dell'apposito sistema AVCPass e la predisposizione di una *check list* di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'Anac in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Verifiche di secondo livello vengono eseguite dall'UOC Affari legali e contenzioso in caso di paventato annullamento dell'aggiudicazione. L'ultimo monitoraggio ha evidenziato che nel 2021 non ci sono stati provvedimenti di annullamento di aggiudicazione, ma si è provveduto all'annullamento di una procedura di gara.

È stato istituito un albo operatori economici, con specifico riguardo agli affidamenti di lavori sotto soglia. La riduzione dei rischi di corruzione è assicurata anche mediante l'impiego di procedure aperte. Inoltre, le indagini di mercato vengono eseguite attraverso procedure informatiche e viene garantita, per quanto possibile, la rotazione.

Per l'**adeguamento dei prezzi** in corso di esecuzione, si ricorre all'osservatorio SORESA *Spending Review*.

È prevista, inoltre, una procedura interna relativa a controlli quali/quantitativi, in corso di esecuzione, sul regolare svolgimento del contratto. Il monitoraggio svolto nel 2022 ha evidenziato che nel corso dell'ultimo anno le verifiche, indispensabili per la liquidazione delle fatture, sono state regolarmente svolte.

Altre misure che si intendono attuare nel prossimo triennio sono le seguenti.

Per la **gestione delle riserve**: la verifica dell'osservanza del Piano di Sicurezza e coordinamento (PSC); la verifica dell'osservanza del Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI), la verbalizzazione delle operazioni di verifica e l'esplicito riferimento ai verbali nel provvedimento di approvazione del collaudo/della regolare esecuzione o della verifica di conformità.

Per i **pagamenti in corso di esecuzione**: la verifica della regolare esecuzione del contratto, l'impiego della procedura SAP, l'adozione di fatturazione elettronica e l'effettuazione di tutti i pagamenti con strumenti che garantiscono la tracciabilità (Ordine NSO).

Per la fase di **rendicontazione del contratto**: la redazione di un report periodico da parte dell'ufficio contratti al fine di rendicontare agli uffici di controllo interno di gestione le procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi e esclusi, durata del procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, etc.) e l'adozione, entro dicembre 2023, di un Regolamento relativo alla gestione delle tecnologie sanitarie.

Infine, con specifico riguardo alla **valutazione delle tecnologie HTA**, va detto che fino al 2018 la nomina delle commissioni era in capo al Direttore Sanitario aziendale che istituiva commissioni multidisciplinari con diverse competenze. Alla UOC Ingegneria Clinica – HTA è tuttora demandato il ruolo di coordinamento e redazione degli atti. Il processo di valutazione riguarda una tecnologia e non un operatore. Sono previsti audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per la rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della

programmazione, con accorpamento quelli omogenei. La misura di predeterminazione dei criteri per individuare le priorità dei fabbisogni, invece, sarà adottata entro dicembre 2023. Per le tecnologie standardizzabili, nonché per le attività di manutenzione ordinaria, la possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere verrà adeguatamente valutata.

Si conferma come Responsabile per l'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA), la sig.ra Antonella Isernia- incaricata con nota prot. n. 1140 del 13.01.2023, con il compito di procedere alla verifica e/o alla compilazione e successivo aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante.

### **Incarichi e nomine**

Per l'affidamento di **incarichi dirigenziali interni e incarichi di organizzazione**, si procede a una ricognizione annuale degli incarichi in atto e al monitoraggio sistematico dei futuri incarichi previa pubblicazione del relativo avviso. Nel processo intervengono le Risorse Umane e la Direzione Generale. Viene acquisita la dichiarazione di mancanza di cause di incompatibilità e/o inconfiribilità e sono eseguiti controlli interni su base campionaria relativamente alla veridicità delle dichiarazioni rese. Non si prevedono controlli ulteriori. Non sono presenti regolamenti interni. Tutti gli atti sono pubblicati sul sito *web* istituzionale.

Per l'affidamento di **incarichi esterni** di lavoro, ivi compresi gli incarichi a tempo determinato *ex art. 15 septies* del d.lgs. n. 517/1999, si procede secondo criteri predeterminati all'esito di procedure comparative e previa ricognizione annuale degli incarichi in atto e monitoraggio sistematico dei futuri incarichi. Si provvede poi all'acquisizione della dichiarazione di mancanza di cause di incompatibilità e di assenza di conflitto di interessi, sulla cui veridicità vengono eseguiti controlli interni a campione, attraverso consultazione delle banche dati. Tutti gli atti sono pubblicati sul sito *web* istituzionale.

L'affidamento di **incarichi di collaborazione e consulenza** avviene raramente e riguarda prevalentemente attività molto specifiche (es. rassegna stampa informatica). Gli incarichi sono generalmente conferiti con avviso pubblico, ma capita che si proceda ai rinnovi sulla base del rapporto fiduciario creatosi tra il consulente e l'Ente, in ragione della delicatezza di alcuni incarichi. Se viene pubblicato avviso pubblico, si applica il Codice degli appalti. Nel processo intervengono più soggetti: il responsabile del processo cura l'istruttoria amministrativa, mentre il Direttore Generale adotta la delibera finale. È prevista la compilazione della espressa dichiarazione della sussistenza dei presupposti normativi relativi all'assenza, all'interno dell'Ente, di risorse idonee a soddisfare l'esigenza rappresentata nonché la pubblicazione di tutti gli atti pertinenti. È in corso di implementazione la misura consistente nell'acquisizione di un'espressa dichiarazione relativa alla insussistenza di conflitti di interesse.

### **Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni**

Per quanto concerne i **procedimenti disciplinari**, oltre all'applicazione della puntuale disciplina contenuta nel CCNL, si incrementa l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse dei componenti del Consiglio disciplinare rispetto al soggetto incolpato.

Per il **monitoraggio dell'andamento della produzione**, si punta sull'informatizzazione dei flussi e sull'esecuzione, con cadenza annuale, del riepilogo delle attività produttive erogate,

anche ai fini della valutazione della *performance* dirigenziale. Tale riepilogo è a disposizione della Direzione Strategica.

Con riferimento alle procedure aventi ad oggetto **verifiche, ispezioni e controlli**, la misura programmata è la trasmissione dalla Direzione Medica di Presidio alla Direzione Sanitaria degli esiti delle attività svolte, al termine delle stesse, sulla base di un calendario predisposto appositamente e, talvolta, con il coinvolgimento di personale in formazione.

Nell'ambito delle predette procedure, avendo specifico riguardo all'autorizzazione allo svolgimento di **esami clinici** che non possono essere eseguiti presso il Policlinico, va detto che la maggior parte degli esami esterni è svolta presso strutture con cui il Policlinico Vanvitelli ha stipulato convenzioni (ad es. l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, nonché il Santobono per alcune indagini riguardanti i pazienti pediatrici, es. risonanza magnetica celebrale in sedazione). Le PET e le scintigrafie sono eseguite presso l'Ospedale del Mare e, inoltre, il Policlinico per disposizione del Direttore sanitario richiede al proprio personale di indicare, per lo svolgimento di esami presso strutture esterne, le strutture pubbliche (es. ASL NA1) preferendo quelle convenzionate. Quanto agli esami da svolgersi fuori Regione, anch'essi devono essere svolti presso strutture pubbliche (il trasporto dei campioni fuori Regione implica costi ulteriori e differenti). Le richieste pervengono tramite *e-mail* ovvero tramite fax. Con nota interna del Direttore sanitario, i Direttori di struttura e gli strutturati richiedenti sono stati invitati a indicare che gli esami esterni devono essere svolti presso strutture pubbliche prevalentemente convenzionate. Inoltre è stabilito che ogni autorizzazione dev'essere rilasciata dalla Direzione Medica di Presidio. Il responsabile di detto processo verifica se il paziente è ricoverato o meno tramite piattaforma informatica Hero e valuta la sola attinenza della richiesta al tipo di sospetto diagnostico e, infine, controlla che la struttura indicata dal richiedente sia pubblica (nonché convenzionata). Infine, solo in seguito a positiva valutazione di tali presupposti, autorizza lo svolgimento di esami clinici che non possono essere eseguiti presso l'Ente. La richiesta parte dal Responsabile di Struttura o da uno strutturato ed è indirizzata alla Direzione Medica ove viene protocollata ed è oggetto di valutazione da parte di un Dirigente e di altro soggetto (quale ad es. ex personale sanitario addetto all'Ufficio). Non risulta si siano verificati eventi corruttivi in passato.

Anche per il **trasferimento di pazienti** presso altre strutture, la misura implementata e confermata consiste nella trasmissione dalla Direzione Medica di Presidio alla Direzione Sanitaria degli esiti delle attività svolte, al termine delle stesse. Il trasferimento verso altre strutture riguarda prevalentemente la lungodegenza e la riabilitazione (codice 60 e codice 56). Talvolta è disposto anche per carenza di posto. Sebbene anche questo processo sia esposto a rischio, occorre rilevare che i trasferimenti, per disposizione della Direzione sanitaria, sono richiesti dagli strutturati alla Direzione medica e possono essere disposti solo verso strutture convenzionate con il Sistema Sanitario Regionale (ricercando la struttura tendendo in considerazione la provenienza geografica del paziente e della ASL territoriale di appartenenza). Conseguentemente il rischio complessivo si abbassa considerevolmente. Inoltre, con specifico riguardo al trasporto del paziente, si fa riferimento alle L.G. nazionali dell'emergenza per individuare il trasporto più adeguato. Non risultano eventi corruttivi in passato.

Particolare attenzione va dedicata al **controllo di gestione**, fase delicata in cui si monitora l'andamento della spesa e dei costi dell'Azienda. Si mira a garantirne la trasparenza e la tracciabilità mediante la sua automatizzazione, la condivisione delle informazioni di *output* del processo, la disciplina puntuale del processo (DCA n. 67/2019) e l'invio alla Regione, ai fini del controllo, dei flussi informativi oggetto di monitoraggio. Si conferma anche la necessità di

coinvolgere le varie Aree aziendali, dai singoli Dipartimenti sanitari ai singoli Dipartimenti amministrativi, nonché la Direzione strategica.

## **Area Sanità**

### **Attività libero-professionale intramuraria**

L'**attività libero professionale** rappresenta una specifica area di rischio per gli enti del SSN, per le possibili interferenze con la gestione dell'attività istituzionale.

Per tale ragione, si è scomposto il processo di **autorizzazione all'esercizio della libera professione** in modo da attuare la massima segregazione possibile: la richiesta di autorizzazione è inviata al Direttore Generale, l'istruttoria è svolta dall'Ufficio ALPI, e l'autorizzazione è poi sottoscritta dal Direttore Generale.

È stato adottato, inoltre, un apposito Regolamento che indica i criteri per l'autorizzazione.

La sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività autorizzata, ivi inclusa quella da svolgersi presso studi professionali in rete, è sottoposta a verifica preventiva e periodica da parte dell'Ufficio ALPI. La Commissione paritetica procede alla negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali.

È prevista anche la ricognizione e la verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI fra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'Ente.

Quanto alla c.d. **ALPI allargata**, ciascun medico indica la sede dello studio privato ove svolgere l'attività e viene all'uopo autorizzato previa dichiarazione della mancanza di spazi da parte del responsabile della propria struttura.

L'elenco dei professionisti è pubblicato nel sito *web* del Policlinico, con relativo tariffario.

Per garantire la massima trasparenza, le liste per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in regime di LP sono state informatizzate. Ciò consente la tracciabilità del percorso di inserimento in lista, la prenotazione della visita e pagamento attraverso il CUP con gestione dell'agenda dei professionisti, l'aggiornamento periodico e automatico delle liste di attesa e la verifica periodica rispetto ai volumi concordati in sede di autorizzazione.

Anche per la **rendicontazione degli incassi** dei compensi delle prestazioni di ricovero eseguite in regime di ALPI sono impiegati strumenti informatici. Il volume degli incassi è verificato mensilmente. Tutte le prestazioni effettuate dai medici in ALPI allargata vengono incassate a mezzo pos, pagoPA e/o bonifico.

Nel nuovo Codice di comportamento aziendale, inoltre, è stato inserito uno specifico dovere comportamentale per il personale addetto alla gestione delle liste d'attesa (art. 11, co. 7, XXIV). In particolare, si prevede che il personale coinvolto nella gestione delle liste di attesa debba utilizzare i programmi informatici basati su precisi criteri di priorità.

### **Liste d'attesa**

La **gestione delle liste d'attesa** rappresenta una specifica area di rischio per gli enti del SSN, per i rischi ricollegabili in particolare alle procedure di prenotazione e all'identificazione delle classi di priorità

Il governo delle liste di attesa, inteso come l'inserimento in lista per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in regime istituzionale, è totalmente informatizzato, dato che l'inserimento delle

prenotazioni avviene sulla piattaforma regionale - CUP unico regionale, previa individuazione del livello di priorità della patologia in base all'anzianità delle prenotazioni ed alla gravità della patologia, assicurando trasparenza dell'agenda e delle date disponibili. Il "Regolamento liste d'attesa" disciplina puntualmente le scelte di governo delle liste. Tale attività coinvolge la Regione Campania, il CUP regionale e la Direzione Sanitaria dell'Azienda. Inoltre, è previsto il controllo della Regione che condivide gli esiti del controllo con la Direzione Sanitaria, la quale, a sua volta, assume le decisioni necessarie a correggere eventuali anomalie.

### **Sperimentazione, farmaceutica e dispositivi**

L'attività di **sperimentazione**, ritenuta già dal PNA 2015 un'attività a forte rischio corruttivo, è presidiata dall'Ufficio di Segreteria del Comitato Etico. Al riguardo, si precisa che il Comitato Etico a seguito del D.M. 8 febbraio 2013 è congiunto tra AOU Vanvitelli e Azienda Ospedaliera dei Colli ed è costituito da 31 membri sia esterni che interni all'amministrazione.

L'approvazione delle sperimentazioni cliniche è puntualmente disciplinata da Regolamenti interni, nei quali viene dettagliata la procedura per l'espressione del parere. Sono prescritte inoltre: l'effettuazione di un'istruttoria preliminare all'approvazione; la condivisione dell'intera documentazione da parte di tutti i componenti; la comunicazione delle decisioni del Comitato etico inerenti agli studi interventistici su farmaci attraverso il portale dedicato sul sito (Osservatorio nazionale sperimentazioni cliniche); la standardizzazione della modulistica per la richiesta di approvazione di uno studio; la pubblicazione delle delibere del Comitato Etico sul sito *web* del Policlinico; la pubblicazione dei *curricula* dei componenti del Comitato Etico; l'acquisizione e la pubblicazione dichiarazioni assenza conflitti di interesse e obbligo di riservatezza dei componenti del Comitato Etico; i controlli da parte dell'AIFA.

La **rendicontazione e liquidazione dei compensi** per sperimentazioni è disciplinato dalla legge e avviene nel rispetto di quanto previsto anche da Regolamenti interni, come, tra gli altri, il Regolamento di funzionamento del Comitato Etico, le cui disposizioni sono molto puntuali. Si prescrivono la predeterminazione delle modalità di rendicontazione e delle quote di ripartizione tra le possibili unità coinvolte, nonché l'acquisizione, all'atto della rendicontazione dei seguenti documenti: la comunicazione GEF della somma di cui viene richiesta la ripartizione; la certificazione dello svolgimento dell'attività fuori dell'orario di servizio; la certificazione delle eventuali prestazioni aggiuntive rispetto alla normale pratica clinica; la certificazione (da parte del Comitato Etico) della copertura degli eventuali costi aggiuntivi sostenuti dall'azienda per effetto della sperimentazione. È stata predisposta anche apposita modulistica. L'intervento della Segreteria del Comitato Etico è limitato all'attività relativa alla delibera di autorizzazione dello studio da parte del Direttore generale che include, come parte integrante, il contratto concluso dalla Segreteria. Quest'ultima invia le delibere e i contratti al GEF, che interviene in questo processo limitatamente a tale attività. Si inserisce, infine, il controllo del Collegio sindacale e del Comitato Etico. Non risultano eventi corruttivi verificatisi in passato, nonostante vi siano state diverse ispezioni da parte dell'Autorità competente in materia di sperimentazioni cliniche su farmaci.

L'**archiviazione e conservazione** dei documenti essenziali degli studi clinici è integralmente tracciabile. L'archiviazione è cartacea ed è in via di informatizzazione attraverso la formalizzazione della procedura operativa per la "Conservazione e archiviazione dei documenti essenziali degli studi clinici". Non vi sono Regolamenti interni, ma una normativa che disciplina puntualmente l'attività di archiviazione e conservazione. È coinvolto solo l'Ufficio di Segreteria

del Comitato Etico che trasmette la documentazione ad una ditta esterna addetta alla conservazione e a all'uso autorizzata. Non sono stati programmati specifici controlli, visto che l'integrità e la correttezza dell'archiviazione e conservazione dei documenti è assicurata dalla possibilità dei soggetti interessati di chiedere ed ottenere copia degli stessi, sussistendone i presupposti. È prevista, invece, l'attività di audit sull'applicazione della procedura approvata, presso le UU.OO. che svolgono il maggior numero di sperimentazioni.

Con riferimento all'area della **farmaceutica e dei dispositivi**, la trasparenza della **programmazione del fabbisogno** di farmaci e dispositivi è perseguita mediante l'informatizzazione del magazzino, la formalizzazione di una procedura per il coordinamento con il magazzino ai fini della programmazione del fabbisogno, la tracciabilità delle richieste di farmaci pervenute, la standardizzazione delle procedure di controllo, il coordinamento con le varie strutture ai fini della corretta definizione del fabbisogno di dispositivi, l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse e l'acquisizione da parte dell'UOSD dei dati delle varie UO di competenza in merito ai dati relativi al fabbisogno. Oltre ai controlli da parte di So.Re.Sa, del Provveditorato si conferma il doppio controllo da parte dell'UOC ABS e i controlli incrociati fra le richieste di farmaci pervenute e il fabbisogno programmato.

Si segnala che negli ultimi due anni c'è stato un forte incremento del fabbisogno relativamente a dispositivi collegati alla pandemia. Per questa ragione, sono stati effettuati controlli per verificare se le procedure di gara fossero o meno conformi al fabbisogno.

Il monitoraggio dei **farmaci off-label** avviene sulla base di documentazione a supporto proveniente da vari soggetti: il paziente, che compila e firma il consenso informato, il medico responsabile che attesta l'utilizzo del farmaco in sperimentazioni cliniche e una Commissione aziendale che valuta l'utilizzabilità dei farmaci. È previsto che il monitoraggio abbia ad oggetto anche il rispetto dell'obbligo di fornire la predetta documentazione prescritta dalla legge (consenso informato, richiesta medico responsabile ecc., letteratura scientifica a supporto dell'estrema ratio della terapia). Ci sono regolamenti interni e procedure formalizzate in tal senso che prevedono anche il report obbligatorio sulla spesa sostenuta. I controlli sono effettuati dalla Commissione aziendale e dall'UOSD Farmacia.

L'**approvvigionamento di farmaci e dispositivi** forniti da operatori economici individuati con procedura ad evidenza pubblica da parte dell'UOC ABS segue le procedure aziendali interne formalizzate. Sono effettuati controlli da parte della UOC di Programmazione e della Direzione strategica, attraverso il monitoraggio della spesa farmaceutica. Per il prossimo triennio si confermano e programmano le seguenti misure: tracciabilità del prodotto e puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente; predisposizione di *report* per verificare eventuali anomalie prescrittive con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente; utilizzo del sistema tessera sanitaria e standardizzazione procedure di controllo; acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse; inserimento di appositi doveri nel codice di comportamento; analisi delle terapie ad alto costo; report trimestrali sull'andamento degli incrementi di spesa di farmaci e dispositivi ad alto costo; monitoraggio sull'uso di farmaci ad alto costo.

L'**uso compassionevole di farmaci**, disciplinato integralmente da un d.m. specifico, è di competenza del Comitato Etico, in cui la collegialità delle decisioni è assicurata dalla presenza di 31 componenti, ed è sottoposto al controllo dell'AIFA, alla quale è inviato il parere del Comitato, di cui si prevede l'acquisizione obbligatoria. Per quanto riguarda la **vigilanza e il controllo del ciclo terapeutico e dell'appropriatezza prescrittiva del farmaco**, si confermano e programmano le seguenti misure: tracciabilità del prodotto e puntuale ed effettiva



associazione farmaco-paziente; predisposizione di report per verificare eventuali anomalie prescrittive con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente; utilizzo del sistema tessera sanitaria e standardizzazione procedure di controllo; formalizzazione della scansione procedimentale e dei requisiti motivazionali della richiesta sul piano delle evidenze cliniche; indagini statistiche e monitoraggio; ricognizione, stesura, aggiornamento, diffusione delle buone pratiche, delle Linee guida e, più in generale dei vari Protocolli; verifica del rispetto delle buone pratiche, delle Linee guida e dei Protocolli; Report alla direzione sanitaria aziendale sulle attività.

Quanto alla **gestione del magazzino e delle scorte di reparto**, si punta sulla informatizzazione del magazzino attraverso l'adozione di un *software* specifico per la tracciabilità delle merci sia in entrata che in uscita, che consente la distribuzione ai reparti delle corrette quantità registrate in magazzino. Altra misura di rilievo è rappresentata dai controlli. È previsto, infatti, che i magazzinieri controllino la merce, gli amministrativi procedano alla registrazione a sistema e che i Dirigenti controllino tutto il processo. Si confermano poi il coordinamento con le altre strutture al fine di consentire un'adeguata programmazione degli acquisti, la rendicontazione delle scorte e *report* periodici.

Per la **farmacovigilanza**, la **vigilanza su vaccini e dispositivi**, si prevede la predisposizione di modelli per segnalazioni e il conseguente inserimento nelle rispettive reti di vigilanza delle segnalazioni ricevute.

Infine, per l'accesso di **informatori scientifici e specialist**, si mira a implementare l'acquisizione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, la predeterminazione dei giorni in cui è consentito l'accesso, la previsione del divieto di consegna di campioni gratuiti e necessità di autorizzazione per la partecipazione sponsorizzata a convegni e congressi e la selezione dell'accesso degli informatori in base alla priorità della richiesta o dell'arrivo.

### **Decesso ospedaliero. Gestione attività successive**

L'attività di gestione del **decesso in ambito ospedaliero** - non esternalizzata dall'Azienda - può rappresentare un'area di rischio a causa di comportamenti opportunistici da parte del personale delle strutture interne ospedaliere nei rapporti con le imprese di onoranze funebri.

Pertanto, l'Azienda si è dotata di una puntuale disciplina che regola, nel merito, le scelte del processo, ossia di un Regolamento che indica le procedure da attuare in caso di decesso ospedaliero.

La Direzione sanitaria governa il processo in cui intervengono i medici dei reparti in cui si verifica il decesso.

Benché non vi siano stati episodi corruttivi in tale ambito, è stato comunque dato ulteriore impulso alla misura, anche attraverso specifica e puntuale disposizione del Codice di comportamento aziendale (art. 11, co. 7) in cui sono puntualmente declinati i doveri dei dipendenti addetti. Nello specifico si è previsto che i dipendenti, compresi i collaboratori esterni, coinvolti nel processo relativo alla denuncia del decesso in ambito ospedaliero, hanno l'obbligo di:

- pubblicare e trasmettere ai parenti del defunto informazioni scritte esplicative per garantire la libera scelta della ditta di onoranze funebri;
- rispettare l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso;

- attuare la rotazione del personale all'interno delle camere mortuarie.

## Trasparenza

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

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

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

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

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

Vedi tabella obblighi di pubblicazione, all'uopo allegata.

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

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

- Utilizzo efficace delle tecnologie dell'informazione
- Rispetto dei criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, semplicità ed omogeneità
- Adozione dei provvedimenti per garantire e facilitare l'esercizio del diritto di accesso
- Trasparenza nei rapporti con i terzi fornitori
- Applicazione integrale dei principi di trasparenza al proprio ciclo di gestione della performance
- Sensibilizzazione circa la tempestività dei flussi e relativo costante monitoraggio
- Rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Si prevede, ad oggi il potenziamento del sito web e l'introduzione di strumenti di automazione: in particolare, si punterà ad azioni finalizzate a rendere sempre più fluida, tempestiva ed

automatica l'acquisizione delle informazioni e dati oggetto di pubblicazione, attraverso il recepimento diretto dei dati alimentati nei normali percorsi gestionali, di tutte le informazioni destinate alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

### **Il diritto di accesso**

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

### **Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza**

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

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

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

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

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

## Monitoraggio e riesame

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

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

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

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

il secondo livello compete al RPCT, coadiuvato dalla struttura Controllo Interno.

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

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

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

## Monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure

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

Il **monitoraggio** sull'attuazione delle misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT 2021-2023, non è stato effettuato nel 2021, a causa delle carenze organizzative, aggravate dallo stato di emergenza sanitaria e dall'incremento dei processi amministrativi di competenza del RPCT. Per le medesime ragioni, non è stata data attuazione alle misure specifiche, pure previste nel Piano relativo al triennio 2021-2023, né è stato effettuato il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati.

Nel corso del 2022, il RPCT di nuova nomina ha, quindi, proceduto al monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. In concreto, avvalendosi della collaborazione dei referenti, ha provveduto all'analisi di quanto già precedentemente avviato, per poi dare impulso alle modifiche ritenute necessarie.

Il monitoraggio è stato articolato su due livelli:

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

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

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

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

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

### **Riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio**

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

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

Tale riesame richiederà la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti, identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Si intende implementare, quindi, il riesame come prassi che non porti all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati e sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.



**SEZIONE 3**  
**Organizzazione e capitale umano**

### 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### Struttura organizzativa

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

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

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

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

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

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

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

#### ***I Dipartimenti ad attività integrata***

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

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



I *DAI* rispondono a un individuato obiettivo strategico nell'ambito della didattica, della ricerca e dell'assistenza, da conseguire ottimizzando le risorse impiegate.

Essi devono garantire l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra didattica, ricerca e assistenza.

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

### ***Dipartimenti Interaziendali***

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

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

### ***Le Unità Operative***

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

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

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

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

### ***Unità Operative Complesse***

Sono articolazioni aziendali interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, cui è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate. Esse esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o aziendale e che mobilitano un volume di risorse umane, finanziarie e/o tecniche o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo.

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

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

### ***Unità Operative Semplici Dipartimentali***

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

### ***Unità Operative Semplici***

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

### ***Strutture in Staff alla Direzione Generale***

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

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

### ***La Direzione Medica***

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

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

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

### ***I Servizi amministrativi e tecnici***

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

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

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

## Organizzazione del lavoro agile

### Lavoro Agile

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

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

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

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

Il luogo di lavoro presso il quale il/la Dipendente svolge la prestazione in modalità lavoro agile coincide, di norma, con la propria dimora abituale (ogni diversa collocazione deve essere autorizzata dall'Amministrazione se superiore alla giornata).

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

L'amministrazione riconoscerà priorità di accesso al lavoro agile secondo i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti che si riportano in allegato e avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure. Fermo restando i livelli di relazioni sindacali contrattualmente previsti, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile.

Le attività smartabili dovranno rispettare i seguenti criteri:

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

Le attività eseguibili a distanza vanno individuate unitamente al responsabile della struttura, facendo riferimento alla mappatura dei processi nell'ambito dell'allegato al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2021-2023, emanato con Delibera del Direttore

Generale n. 234 del 31.03.2021, e anche altre attività purché per tutte siano opportunamente definiti indicatori e target.

Nell'ambito di un progressivo e sequenziale sviluppo del Piano, i dirigenti unitamente ai responsabili di struttura effettueranno per i processi di competenza la mappatura specifica delle attività che possono essere espletate in modalità agile, alla luce dei suddetti criteri.

Saranno altresì implementati gli strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile.

#### - Accordo individuale

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

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

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

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

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

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

### Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione

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

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

a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro. Durante tale fascia il/la dipendente sarà tenuto a rispondere tempestivamente a tutti i portatori di interesse che abbiano necessità di interloquire in tempi brevi. Di norma, il/la dipendente deve garantire, nell'arco della giornata di lavoro agile, la contattabilità per almeno 4 ore (per chi svolge attività lavorativa in part-time, le 4 ore giornaliere sono ridotte in misura proporzionale alla riduzione dell'attività lavorativa giornaliera), in fasce orarie anche discontinue, concordate con il Responsabile della Struttura. Al fine di garantire un'efficace interazione con la sede di servizio, le ore di contattabilità che dovranno essere assicurate nell'arco della giornata di lavoro agile dovranno essere preferibilmente coincidenti con i periodi di presenza e con l'orario di servizio mediamente osservati presso la struttura di appartenenza.

b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo. Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. Pertanto, in tale fascia non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il responsabile per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

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

Per le giornate svolte in modalità agile, il/la dipendente registra il relativo giustificativo sulla procedura di gestione delle presenze. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, missione, reperibilità, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio, progetti. In caso di problematiche di

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

### **Lavoro da remoto**

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

#### - Accesso al lavoro da remoto

L'adesione al lavoro da remoto ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale. Sono esclusi i lavori in turno e quelli che svolgono una prestazione che richiede l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Il luogo di lavoro presso il quale il/la Dipendente svolge la prestazione in modalità lavoro agile coincide, di norma, con la propria dimora abituale. L'amministrazione concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche

ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale. L'amministrazione nel dare accesso al lavoro da remoto ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività, seguendo un principio di rotazione del personale. L'amministrazione riconoscerà priorità di accesso al lavoro da remoto secondo i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti che si riportano in allegato. Fermo restando i livelli di relazioni sindacali contrattualmente previsti, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in modalità remota. Le attività da eseguire da remoto dovranno rispettare i seguenti criteri:

- attività codificabili e standardizzabili che sono gestite efficacemente tramite l'utilizzo di procedure informatiche (es. caricamento dati, sviluppo software, rilevazioni ministeriali effettuate mediante piattaforme informatiche, assistenza informatica on line);
- attività che possono essere monitorate a distanza dal responsabile di struttura;

#### - Accordo individuale

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

L'accordo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- attività da svolgere, che coincide con le attività svolte presso la sede dell'ufficio;
- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- orario di lavoro che coincide con quello svolto in presenza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017 per il recesso dei lavoratori disabili (termine non inferiore a 90 giorni) o per i casi di recesso per giustificato motivo. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato;
- ipotesi di giustificato motivo di recesso; In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.
- indicazione delle fasce di disconnessione;
- i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza, e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge n. 300/1970 e s.m.i. Di norma, un report settimanale sull'andamento



dell'attività svolta e una relazione da consegnare al responsabile della struttura in forma scritta con cadenza mensile;

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

#### - Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione

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

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

#### **Lavoratori con priorità di accesso al lavoro a distanza**

CATEGORIA DIPENDENTI CON PRIORITA' ALL'ACCESSO AL LAVORO AGILE	RIFERIMENTO NORMATIVO
Dipendenti con situazioni di fragilità di cui al	Art.1, comma 306 della legge n. 197/2022

D.M. 4 febbraio 2022, dipendenti dichiarati fragili dal medico competente	
Dipendenti con figli fino a 12 anni di età o senza limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5/02/1992 n. 104	Art. 18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81
Dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'art.3, comma 3 della legge 5/02/1992, n.104	Art.18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81
Dipendenti caregivers ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205 del 27/12/2017	Art. 18 comma 3 bis legge 22/05/2017 n. 81

### ***Strumenti digitali per il lavoro agile***

Il lavoro agile, modalità di esecuzione del rapporto di lavoro senza precisi vincoli di orario o di luogo, con esecuzione della prestazione lavorativa in parte all'interno dei locali aziendali ed in parte all'esterno senza una postazione fissa, è reso possibile da tre elementi essenziali: l'utilizzo di opportuni strumenti tecnologici, il possesso di adeguate competenze digitali e la reingegnerizzazione e la digitalizzazione dei processi e dei servizi.

Per tali elementi, l'AOU si è già attrezzata (e proseguirà nell'ottica del miglioramento continuo) come indicato di seguito:

- strumenti tecnologici: dotazioni informatiche ed apparati digitali idonei, piattaforme in cloud, VPN per garantire la riservatezza dei dati, strumenti per videoconferenze e condivisione documentale;
- competenze digitali: potenziamento attraverso formazione ed accompagnamento; va evidenziato, inoltre, che spesso è proprio il ricorso al lavoro agile a stimolare l'accrescimento di tali competenze;
- processi e servizi: si rimanda a quanto già esposto nella sezione *Valore Pubblico*.

### **Piano triennale dei fabbisogni di personale**

#### ***Fabbisogno di personale***

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

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

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

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

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

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

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

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

- l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
- la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n.161/2014.

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

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

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

Il Piano del fabbisogno di personale dell'AOU adottato con delibera del d.g. n. 362 del 25/05/2022 e ad oggi vigente ***fino a nuove disposizioni degli enti regionali in merito a nuove metodologie di determinazione del personale***, in via di definizione, è predisposto tenendo conto di un'analisi globale degli impegni cui è tenuta questa Azienda, nel rispetto delle proprie caratteristiche e specifiche competenze nell'ambito del territorio, nel rispetto del proprio profilo giuridico, nonché in termini di obiettivi quali-quantitativi compatibili con le risorse finanziarie disponibili e in coerenza con la pianificazione pluriennale dell'attività e del piano della performance.

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

Il piano è stato redatto tenendo conto dei seguenti criteri:

- organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza -urgenza secondo la classificazione del DM n.70/2015;
- produzione: l'attività specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n.161/2014, utilizzando come parametro il numero di ore lavorate per Full Time Equivalent (FTE);

- il personale universitario ricompreso nel “Protocollo di Intesa Regione Campania – Seconda Università di Napoli” (D.C.A. n. 47 del 10/06/2016) concorre al calcolo complessivo della dotazione organica;
- le ore di attività assistenziale del personale docente e ricercatore, ai sensi del “Protocollo di Intesa”, è di 22 ore settimanali rispetto alle 38 ore previste per il personale medico delle Aziende Ospedaliere, per cui l’analisi comparativa tra l’AOU e le aziende Ospedaliere deve considerare la disponibilità del 42% in meno delle ore di servizio del personale medico;
- che la dotazione stimata è da ritenersi funzionale ed organica alle attività dell’A.O.U. Luigi Vanvitelli, come previsto dal piano di programmazione regionale, ed è in coerenza con quanto previsto dalla programmazione universitaria per le specifiche discipline necessarie al corretto svolgimento delle attività della “Scuola di Medicina e Chirurgia”.

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

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

La pianificazione dei fabbisogni di personale, inoltre, in quanto processo tra i più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, deve essere anche pienamente coerente, oltre che con i principi generali di legalità, con la disciplina in materia di anticorruzione e tenere conto che nella programmazione e nell’esecuzione delle procedure di reclutamento delle risorse, occorre applicare la normativa e le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Di seguito la tabella riassuntiva allegata al PTFP delibera n.362 del 25/05/2022.

**Tabella 1**

AOU	Personale servizio 31.12.2020	in Fabbisogno al DGRC 593/2020	Fabbisogno disponibile	Fabbisogno 2021-2023	Fabbisogno 2021	Fabbisogno 2022	Fabbisogno 2023	Piano triennale
<b>Ruolo sanitario</b>	<b>141</b>	<b>1.088</b>	<b>947</b>	<b>540</b>	<b>91</b>	<b>304</b>	<b>145</b>	<b>540</b>
Dirigenti medici	55	488	433	144	31	58	55	144
Dirigenti sanitari	8	60	52	40	6	24	10	40
Personale del comparto area sanitaria	78	540	462	356	54	222	80	356
<b>Ruolo tecnico</b>	<b>8</b>	<b>212</b>	<b>204</b>	<b>82</b>	<b>-</b>	<b>82</b>	<b>-</b>	<b>82</b>
Dirigenti	1	8	7	-	-	-	-	-

Personale del comparto area tecnica	7	204	197	82	-	82	-	82
<b>Ruolo professionale</b>	-	4	4	4	-	-	4	4
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale del comparto area professionale	-	4	4	4	-	-	4	4
<b>Ruolo amministrativo</b>	<b>5</b>	<b>144</b>	<b>139</b>	<b>76</b>	<b>2</b>	<b>74</b>	-	<b>76</b>
Dirigenti	2	24	22	7	-	7	-	7
Personale del comparto area amministrativo	3	120	117	69	2	67	-	69
<b>Totale</b>	<b>154</b>	<b>1.448</b>	<b>1.294</b>	<b>702</b>	<b>93</b>	<b>460</b>	<b>149</b>	<b>702</b>

### Obiettivi del Piano

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

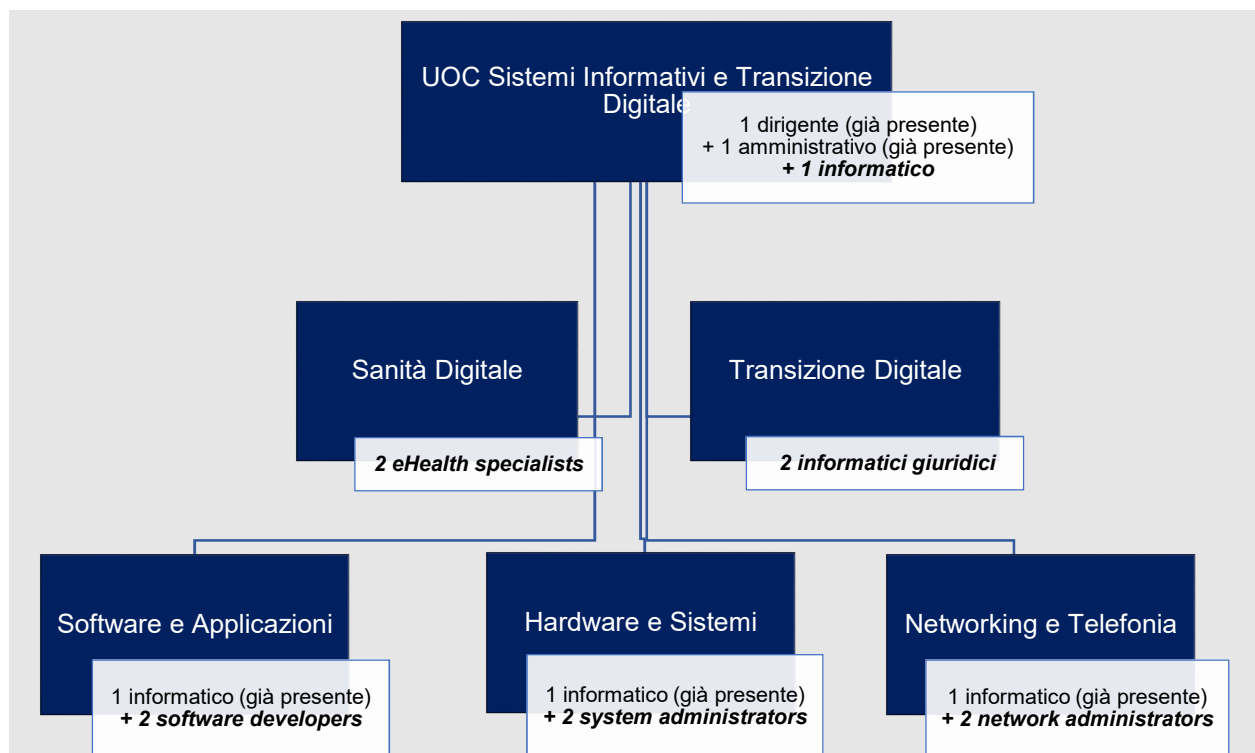
Attivazione del Pronto Soccorso Generale (previa autorizzazione della Regione Campania)

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

### **Fabbisogno per la nuova UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale**

La nuova UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale, in coerenza con quanto esposto nella sezione *Valore Pubblico*, avrà la seguente struttura organizzativa:

#### **Figura 1**



Le 11 unità di personale aggiuntive richieste (7 di categoria C e 4 di categoria D), indicate in grassetto, saranno in possesso di un titolo di studio in informatica o materie affini.

Esse avranno, quindi, solide competenze informatiche che saranno ulteriormente potenziate, tramite formazione ed autoformazione, sui temi specifici della sanità digitale e della transizione al digitale.

### **Piano della formazione**

Per ogni Azienda Ospedaliera e Sanitaria risulta fondamentale individuare un sistema interno di governance per garantire la gestione delle risorse umane ed economiche, nonché l'adesione a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sistema ECM.

I recenti documenti governativi quali il “Patto per l’Innovazione del Lavoro Pubblico e la Coesione Sociale”, nonché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), individuano la formazione e la riqualificazione del personale come elementi centrali per lo sviluppo dei futuri obiettivi per il Paese. Si prevedono percorsi di crescita, riconoscimento e valorizzazione delle competenze acquisite anche per il raggiungimento degli obiettivi prefissati partendo dall’individuazione delle competenze necessarie. Importante è l’investimento di risorse nello sviluppo e miglioramento delle competenze informatiche e digitali nonché di specifiche competenze avanzate di carattere professionale e manageriale. Contestualmente si sono evolute in modo repentino le metodologie didattiche e ampliate le tematiche di interesse, nello specifico prevedendo esperienze sempre più sul campo con l’applicazione di contenuti “*evidence based*”.

Da febbraio 2020 ad oggi si sono susseguiti una serie di documenti di indirizzo relativi all’emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 chiarendo aspetti propri della modalità di erogazione

e riconoscimento crediti; delle modalità di erogazione degli eventi di formazione residenziale, sul campo e di formazione a distanza.

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

Una serie di Determine adottate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) – quale ad esempio quella del 18/12/2019 – disciplina crediti per l'obbligo formativo per il triennio 2020-2022, ridisegnando lo scenario della formazione ECM.

Rispetto al considerare il ruolo centrale che riveste la formazione continua per il professionista sanitario richiamato anche nei codici deontologici e il relativo assetto organizzativo del sistema ECM che si è andato strutturando nel corso degli anni e ormai integrato nel nostro sistema sanitario, la normativa stessa ha subito un'evoluzione che ha determinato gli obblighi sempre più stringenti per i professionisti sanitari all'adempimento dei crediti formativi previsti.

### ***I nuovi bisogni formativi dei professionisti sanitari***

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

Durante la pandemia dovuta a COVID-19, affinché i professionisti siano messi in grado di adattarsi ai cambiamenti repentini per affrontare nuovi scenari e contribuire al raggiungimento degli obiettivi, è stata necessaria l'acquisizione di conoscenze e competenze confermando il processo di formazione nelle sue diverse forme come un processo strategico in modo che si potessero sviluppare capacità di integrazione in team, di delega, di collaborazione con figure diverse dal proprio profilo professionale o ambito di organizzativo.

La formazione a distanza permette di svolgere attività formativa senza che docenti e discenti debbano muoversi da casa o dal luogo di lavoro, con evidenti economie di tempo, di costi e con una diminuzione dell'impatto ambientale di assoluto rilievo. L'esigenza di creare nuovi modelli di competenze dei professionisti sanitari risulta evidente anche dagli indirizzi delle recenti politiche sanitarie, come ad es. il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 (PNP) o il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026 (PNRR). Nel PNP, alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, gli elementi strategici sostengono un riorientamento di tutto il sistema di prevenzione e approccio di promozione della salute, con la definizione di nuovi obiettivi organizzativi del sistema, in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. Le esigenze organizzative e dei professionisti sanitari contestualmente, dovrebbero poter trovare riscontro in un sistema strutturato di management delle competenze, all'interno del quale partendo da una mappatura delle stesse all'interno del contesto aziendale, si possano gestire e sviluppare in coerenza: agli obiettivi aziendali, alle tendenze e indirizzi provenienti dal contesto esterno, ad altre politiche di gestione delle risorse umane come ad es. acquisizione e inserimento, leve motivazionali, sistema della performance, alle risorse economiche disponibili.

I nuovi contesti organizzativi sanitari richiedono infine l'adozione non più rinviabile di efficaci sistemi di valutazione, basati su indicatori e relativi standard, che consentono di rilevare nel tempo, in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi. A tal fine, sono previste politiche strategiche per la



formazione, crescita e aggiornamento delle competenze del personale sia in ambito digitale che specifiche professionali.

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

### ***Il contesto organizzativo e normativo del PTOF e del Piano aziendale della formazione***

L'incontro della declinazione degli obiettivi *top-down* e *bottom-up* fa sì che si esprima e si sviluppi il PTOF, da cui estrapolare il Piano aziendale della formazione per l'anno di riferimento. Sono alla base della costruzione dei documenti le normative cogenti sia in ambito di riorganizzazione del sistema sanitario, che quelle del sistema ECM. In adempimento alle disposizioni normative vigenti i Piani si inseriscono in un ampio quadro di linee di indirizzo regionali e nazionali per la definizione del sistema di qualità dell'ECM, quali l'Accordo Stato-Regioni del 19.4.2012, l'Accordo del febbraio 2017, le Determine dell'AGENAS.

L'impegno della Direzione Strategica dell'AOU è quindi finalizzato alla progettazione e sviluppo di percorsi formativi per integrare conoscenze e rispondere ai bisogni degli operatori impegnati a vari livelli, con particolare riferimento alle modificazioni tecnico-professionali, organizzative e di integrazione professionale.

Il PTOF, infatti, non può che esprimere gli obiettivi aziendali, regionali e nazionali, traducendoli in percorsi formativi che soddisfino le reali esigenze di sviluppo e/o mantenimento delle competenze di tutti gli operatori al fine di supportare l'attuale fase di innovazione e ristrutturazione dell'organizzazione aziendale.

### ***L'analisi dei bisogni formativi e lo sviluppo del PTOF***

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

La modalità di sviluppo del piano del triennio 2023-2025 è stata caratterizzata dalla fase di analisi del bisogno formativo evidenziando esigenze espresse dal contesto nazionale, regionale individuando gli obiettivi rilevanti per la Direzione generale.

Gli obiettivi formativi ECM Nazionali sono stati definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina e recepiti nell'Accordo del 19.04.2012, in seno alla

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In particolare, i progetti e gli eventi inseriti nel Piano Formativo devono rientrare nelle tre tipologie di obiettivi individuati dalla CNFC. Di seguito la descrizione degli obiettivi e le tabelle di codifica ministeriali. Gli obiettivi rientranti in tali tipologie sono stati selezionati in base alle attività specifiche dell'AOU VANVITELLI.

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

**Tabella 2**

Obiettivi formativi tecnico-professionali (area tematica A) – Ministero della Salute
Epidemiologia - Prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (10)
Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare (18)
Tematiche speciali del ssn e ssn ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali (20)
Trattamento del dolore acuto e cronico (21)
Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali (22)
Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza (25)
Sicurezza ambientale e/o patologie correlate (26)
Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate (27)
Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto (28)
Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. <i>Health technology assessment</i> (29)

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

**Tabella 3**

Obiettivi formativi di processo (area tematica B) – Ministero della Salute
Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura (3)
Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia (4)
La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. E umanizzazione delle cure (12) la privacy ed il consenso informato (7)
Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (11)
Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (13)
Multiculturalità e cultura dell'accoglienza. Nell'attività sanitaria (15)
Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di processo (30)
Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (32)

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

**Tabella 4**

Obiettivi formativi di sistema (area tematica C) – Ministero della Salute
Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle Procedure dell' <i>evidence based practice</i> (ebm - ebn - ebp) (1)
Linee guida - protocolli – procedure (2)
Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (5)
La sicurezza del paziente. Risk management (6)
Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di sistema (31)
Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema (33)

**Obiettivi aziendali**

I criteri adottati per la costruzione del Piano Triennale dell'Offerta Formativa sono i seguenti:

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

Il PTOF ed il PAF estrapolato rappresentano uno degli strumenti operativi attraverso cui si attuano i programmi di sviluppo aziendale e si costruisce armonizzando le strategie definite dalla Direzione Strategica con gli obiettivi formativi definiti a livello Nazionale dalla commissione per la formazione continua in medicina e l'analisi del fabbisogno rilevato direttamente dagli operatori.

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

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

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

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

### **Il dossier formativo**

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

**Tabella 5**

Area di riferimento	Titolo	Obiettivo formativo nazionale di riferimento	Destinatari
Emergenza	Qualità e sicurezza in anestesia	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Medici, infermieri/ostetriche
Emergenza	Management degli accessi vascolari	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practice (ebm, ebp, ebn)	Infermieri/ostetriche

Emergenza	Protocolli operativi in emergenza urgenza	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Medici
Emergenza	Obblighi giuridici dei professionisti sanitari nell'emergenza/urgenza	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Medici, infermieri/ostetriche
Emergenza	Diagnostica per immagini e radiologia interventistica: discussione di procedure e protocolli	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Medici
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Emergenza	Approccio a situazioni di emergenza per personale non sanitario	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practice (ebm, ebp, ebn)	Amministrativo, tecnico
Emergenza	"Percorso di alta intensita' di cure in pronto soccorso"	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practice (ebm, ebp, ebn)	Personale infermieristico e ostetrico
Emergenza	Farmaci e tossici in gravidanza	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare.	Personale medico, altro personale laureato, personale infermieristico e ostetrico
Oncologia	Introduzione generale all'uso dei farmaci antitumorali e rischi correlati	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Medici, infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, biologi, altro personale laureato, personale ota/oss
Oncologia	Formazione specifica sull'utilizzo dei farmaci antitumorali-formazione	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Medici, infermieri/ostetriche, personale ota/oss
Oncologia	La gestione del dolore	Trattamento del dolore acuto e cronico	Medici, infermieri/ostetriche
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Direzione amministrativa	Project management dei servizi appaltati	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione amministrativa	Il nuovo codice degli appalti	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente,

		specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione amministrativa	Privacy Anticorruzione	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione amministrativa	Programmazione obiettivi e budget correlati, monitoraggio periodico con reportistica	Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione sanitaria	La comunicazione sanitaria	Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con il paziente) e umanizzazione delle cure	Medici, infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, biologi, altro personale laureato, personale ota/oss, personale della riabilitazione, personale ruolo tecnico - dirigente, personale ruolo amministrativo - dirigente e comparto
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Direzione sanitaria	Governo clinico delle attività sanitarie	Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	Medici, infermieri/ostetriche,
Direzione sanitaria	Azioni per il miglioramento qualità della codifica sdo	Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm e dalle regioni/province autonome di trento e bolzano per far fronte a specifiche emergenze	Medici
Direzione sanitaria	Etica e comportamento nella relazione con l'utente	La comunicazione efficace, privacy, la gestione della comunicazione delle cattive notizie consenso informato	Personale medico, personale infermieristico e ostetrico
Direzione sanitaria	Cultura della salute e sviluppo organizzativo; incontri seminariali	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	Medici, personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo amministrativo - dirigente
Direzione sanitaria	Qualità e sicurezza dai riunioni permanenti per la qualità e sicurezza	Accreditamento strutture sanitarie (UOC) e dei professionisti. La cultura della qualità	Personale medico, personale infermieristico e ostetrico
Direzione generale	Formazione specifica lavoratori rischio basso-medio e alto art.37 d.lgs.81/08 e smi, e acc. Stato-regioni 21/12/2011	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Direzione generale	Formazione per preposti ai sensi del d.lgs 81/08 e smi e dell'acc. Stato regioni 21/11/2011	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, personale ruolo tecnico - comparto personale ruolo amministrativo - comparto

Direzione generale	Formazione sui rischi presenti in aou	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Medici, altro personale
Direzione generale	Rischio atti di violenza a danno della personale probabilità alta	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Personale medico, altro personale laureato, personale infermieristico e ostetrico
Direzione generale	La movimentazione del paziente	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Infermieri/ostetriche, personale ota/oss,
Direzione generale	Novità e adempimenti in radioprotezione alla luce della nuova normativa	Linee guida, protocolli e procedure	Medici, personale tecnico sanitario
Direzione generale	Corsi di formazione antincendio rischio alto	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	personale tecnico sanitario
Direzione generale	Prevenzione dei rischi correlati al genere nell'attività lavorativa	Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn con acquisizione di nozioni di sistema	Medici, infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, personale della riabilitazione, biologi, altro personale laureato, personale ota/oss, , personale ruolo amministrativo - comparto
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Risk management	La documentazione	La sicurezza del paziente: risk management	Medici
Risk management	Polizze di responsabilità professionale medica	La sicurezza del paziente: risk management	Medici
Risk management	La gestione delle situazioni di conflitto di interesse in ambito sanitario	La sicurezza del paziente: risk management	Medici, infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, personale della riabilitazione, altro personale laureato, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto

<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Emergenza	Management degli accessi vascolari	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practice (ebm, ebp, ebn)	Infermieri/ostetriche
Direzione Amministrativa	Il nuovo codice degli appalti	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto

Direzione Amministrativa	Privacy Anticorruzione	Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, malattie rare	Personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo tecnico - comparto, personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione Sanitaria	Azioni per il miglioramento qualità della codifica sdo	Tematiche speciali del ssn e sss ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm e dalle regioni/province autonome di trento e bolzano per far fronte a specifiche emergenze sanitarie	Medici
Direzione Sanitaria	Etica e comportamento nella relazione con l'utente	La comunicazione efficace, privacy, La gestione della comunicazione delle cattive notizie consenso informato	Personale medico, personale infermieristico e ostetrico
<b>Area di riferimento</b>	<b>Titolo</b>	<b>Obiettivo formativo nazionale di riferimento</b>	<b>Destinatari</b>
Direzione sanitaria	Cultura della salute e sviluppo organizzativo; incontri seminariali	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	Medici, personale dirigente - ruolo tecnico, personale ruolo amministrativo - dirigente
Direzione Generale	Formazione specifica lavoratori rischio basso-medio e alto art.37 D.lgs.81/08 e smi, e Acc. Stato-regioni 21/12/2011	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Personale ruolo amministrativo - dirigente, personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione Generale	Formazione per preposti ai sensi del d.lgs 81/08 e smi e dell'acc. Stato regioni 21/11/2011	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Infermieri/ostetriche, personale tecnico sanitario, personale ruolo tecnico - comparto personale ruolo amministrativo - comparto
Direzione Generale	Formazione sui rischi presenti in au	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Medici, altro personale
Direzione Generale	Rischio atti di violenza a danno del personale probabilità alta	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Personale medico, altro personale laureato, personale infermieristico e ostetrico



Direzione Generale	La movimentazione del paziente	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Infermieri/ostetriche, personale ota/oss,
Direzione Generale	Novita' e adempimenti in radioprotezione alla luce della nuova normativa	Linee guida, protocolli e procedure	Medici, personale tecnico sanitario
Direzione Generale	Corsi di formazione antincendio rischio alto	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate	Personale tecnico sanitario

Sia il Piano Triennale dell'Offerta Formativa 2023-2025 che il Piano Aziendale della Formazione anno 2023 sono aperti alle indicazioni di esigenze formative specifiche rappresentate dai Direttori dei DAI e dai Direttori delle UU.OO.CC.



**SEZIONE 4**  
**Monitoraggio**

#### 4. MONITORAGGIO

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

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

La Tabella 1 riepiloga i sistemi di monitoraggio in essere presso l'AOU:

**Tabella 1**

Denominazione sistema di monitoraggio	Periodicità	Finalità	Strutture Responsabili
Monitoraggio schede di struttura	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei dati di attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente alle singole Strutture Aziendali.	Controllo di Gestione
Monitoraggio reclami/segnalazioni URP	Trimestrale	Analisi quantitativa/qualitativa ed elaborazione di linee strategiche di sviluppo e miglioramento delle criticità segnalate.	URP
Monitoraggio spesa farmaceutica e dispositivi	Sistematica (quotidiana e mensile)	Controllare l'andamento dei costi per i beni di consumo sanitari sostenuti dalle singole Strutture, la compatibilità rispetto alle assegnazioni annuali budgetarie e la coerenza dell'andamento dei costi rispetto alla tipologia ed ai volumi di attività svolti (CDG).  Controllare l'appropriatezza qualitativa delle richieste dei beni di consumo effettuate dai reparti (FARM).	Controllo di Gestione  UOC Farmacia

Monitoraggio utilizzo sale operatorie	Mensile	Il monitoraggio mensile ha l'obiettivo di rilevare eventuali criticità per avviare dei processi di miglioramento	UOS Gestione Attività Sanitarie Ospedaliere e Flussi Informativi
Monitoraggio attività ambulatoriale/prime visite	Mensile	Valutazione allineamento domanda/offerta prime visite specialistiche ambito di garanzia al fine di mettere in atto correttivi in maniera precoce	UOS Gestione Attività Ambulatoriali, ALPI e adempimenti LEA
Report Accessi di Pronto Soccorso ostetrico	Mensile	Monitorare i volumi mensili degli accessi di Pronto soccorso	UOS Gestione Attività Sanitarie Ospedaliere e Flussi Informativi
Monitoraggio volumi attività ambulatoriale libero professionale e volumi attività ambulatoriale istituzionale	Mensile	Verificare l'andamento dei volumi dell'attività ambulatoriale libero professionale (ALPI) rispetto all'attività ambulatoriale istituzionale per singola struttura, per controllare il rispetto del rapporto tra volumi di attività istituzionale e volumi di ALPI.	UOS Gestione Attività Ambulatoriali, ALPI e adempimenti LEA
Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Sistemi di monitoraggio gestione pandemia: andamento ricoveri Area Covid	Giornaliero	Monitoraggio del tasso di occupazione dei posti letto al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale del paziente Covid	Malattie Infettive
Monitoraggio vaccini	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei vaccini sulla base delle disposizioni legislative in materia legate alla situazione epidemica del momento	UOC Igiene Ospedaliera

Andamento contagipersonale	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamentodei contagi dei dipendentiAOU e assimilati	IPAS Sorveglianza Sanitaria
Monitoraggio costi delpersonale	Mensile	Andamento per teste e percosti correlati	UOC Gestione Risorse Umane/Controllo di gestione
Monitoraggio accordi/convenzioni	Trimestrale	Scadenziario	UOC Affari Generali
Monitoraggio andamentoLavori Pubblici	Mensile	Monitoraggio dello stato diavanzamento dei lavori	UOC Servizio Tecnico
Percorso attuativo di Certificabilità (PACC)- Attività di internalauditing e Revisione Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Annuale	Verificare l'applicazione degliistandard minimi di controllo interno nell'ambito del percorso Attuativo di Certificabilità (PACC).	UOC GEF/ Controllo Interno
Monitoraggio andamento economico -CE	Trimestrale	Monitoraggio dell'andamentodel bilancio aziendale	UOC GEF
Monitoraggio tempi dipagamento a fornitori	Trimestrale	Verifica degli indicatori di tempestività dei pagamenti ai fornitori previsti ex lege	UOC GEF
Indagini di soddisfazione dell'utenza	Annuale	Rilevazione della soddisfazione dell'utente finale in relazione alla qualità	URP

### Modalità e strumenti digitali

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

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