



**Piano Integrato di
Attività ed
Organizzazione -
PIAO 2024 – 2026**

**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 2024: Termini e Sanzioni

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

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

La mancata adozione del Piao produce i seguenti effetti:

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

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



SEZIONE 1
Scheda anagrafica dell'Amministrazione

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

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

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

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

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

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria - Università della Campania Luigi Vanvitelli sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 517/99 e art. 5, comma 2, del DPCM 24.05.2001, e con il Protocollo d'Intesa tra Regione Campania e Università della Campania L. Vanvitelli, adottato con il D.C.A. 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 di ricerca scientifica e didattica della Scuola di Medicina e la funzione assistenziale in coerenza con la programmazione regionale.

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

Tabella 1

Elemento	Descrizione
Denominazione	Azienda Ospedaliera Universitaria dell'Università degli Studi della Campania <i>Luigi Vanvitelli</i>
Sede	Via Santa Maria di Costantinopoli, 104, 80138
Codice fiscale	06908670638
Direttore Generale	Dott. Ferdinando Russo
Comparto di appartenenza	Aziende ospedaliere universitarie
Sito web	www.policliniconapoli.it
URP	0815666489, urp@unicampania.it
PEC	protocollo.policliniconapoli.it@pec.it
Personale	1.833 dipendenti al 31 dicembre 2023
Poli di interesse	Sant'Aniello a Caponapoli, Cappella dei Cangiani, Largo Madonna delle Grazie (pronto soccorso ostetrico), Piazza Miraglia
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 Ricerca Didattica e Assistenza			X	
Cappella Cangiani	Attività Ricerca Didattica e Assistenza			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 - UOC gestione amministrativa del Presidio Ospedaliero - Ambulatori - CUP - Ufficio Biblioteche Ateneo			X	
Palazzo Bideri	- Depositi - Farmacia Centrale AOU - Ufficio Protocollo - Ufficio Relazioni con il Pubblico - Ufficio Servizi Generali - Ufficio Segreteria OO.CC. - Ripartizione S.D.D. - Ufficio Patrimonio - Ufficio Tecnico NA - Ufficio Performance e Rapporti AOU - Ufficio Progettazione NA - Ufficio Progettazione per la Sicurezza				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		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 diformazione 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 ricerca, didattica e assistenza, che presuppone un'organizzazione più articolata dell'AOU, improntata alla gestione privatistica e alla partecipazione della regione e dell'università.

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

In particolare:

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

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

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

La Vision aziendale

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

Tali indirizzi, a ben vedere, vanno a configurare il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale, trovando opportuna formalizzazione anche nel documento "programmatico di attività e programmazione per l'integrazione della ricerca didattica e assistenza,", redatto ai sensi 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 sottoscritto fra Regione ed Università del 27 gennaio 2012 la cui presa d'atto è stata effettuata con D.C.A. n.47 del 10 giugno 2016 delibera aziendale n. 680 del 27/7/2016;
 - 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:
- a) 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;
 - b) rafforzare la capacità competitiva dell'Azienda;
 - c) 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:
- a) adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria regionale;
 - b) ricerca percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra azienda e territorio;
 - c) promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra regionale;
 - d) 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:

- a) 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;
- b) 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.
- c) 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.

Governance Direzione Strategica

La Direzione strategica è composta dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo e definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale,

le strategie e i programmi aziendali dei quali ne controlla la realizzazione.

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

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

Tabella 3

Componente	Ruolo
Dr. Ferdinando Russo (nominato con Delibera di Giunta Regionale della Campania 330 del 21.06.2022. Delibera aziendale n. 1 del 9/8/2022)	Direttore Generale
Dr. Pasquale Di Girolamo Faraone (delibera n. 2 del 9/8/2022)	Direttore Sanitario
Dott.ssa Antonella Tropiano (delibera n. 3 del 9/8/2022)	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)

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 Ateneo Vanvitelli
Dott. Renato Cascone	Componente nomina Ministero Salute
Dott. Antonio Baldassarre	Componente nomina Ministero Economia e Finanze

Organo di indirizzo

L'Organo di Indirizzo è un organismo previsto dalle norme che disciplinano i rapporti tra SSN ed Università (D. Lgs. 517/99). 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 nonché di verificare la corretta attuazione degli obiettivi e della programmazione delle attività, con particolare riferimento ai Dipartimenti ad attività integrata.

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, come da delibera n. 657 del 10/11/2020, con indicazione del ruolo ricoperto dagli stessi.

Tabella 6

Componente	Ruolo
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).

Premesso che il decreto del Ministero della Salute 26 gennaio 2023 recante "Individuazione di quaranta comitati etici territoriali" ai sensi del comma 7 dell'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, ha previsto per la Regione Campania tre Comitati Etici Territoriali, individuati con Delibera della Giunta Regionale n. 224 del 27.04.2023 nella quale è stata definita la "*Riorganizzazione dei Comitati Etici Territoriali (CET) della Regione Campania*" individuando l'A.O.U. Vanvitelli come sede e Segreteria Tecnico Scientifica del Comitato Etico Campania 2, istituita con Delibera del D.G. n. 451 del 22/6/2023 comprendente: "Comitato Etico Campania Sud" competente per le attività di

sperimentazione e ricerca biomedica dell'A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi di Aragona" con l'Università di Salerno, dell' A.S.L. Napoli 3 Sud, A.S.L. di Salerno e dei Presidi Ospedalieri e Case di cura del territorio di loro competenza e "Comitato Etico Università Vanvitelli - A.O.R.N. dei Colli" competente per le attività di sperimentazione e ricerca biomedica dell'A.O.U. Vanvitelli con l'Università Vanvitelli e dell'A.O.R.N. dei Colli.

A seguito del decreto dirigenziale n. 247 del 10/5/2023 recante l' "Avviso pubblico per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per l'individuazione dei componenti dei comitati etici territoriali istituiti in Regione Campania e per la formazione dell'elenco degli esperti esterni a supporto dei comitati etici territoriali" , con Decreto Presidente Giunta n. 65 del 16/06/2023, sono stati individuati i componenti come nella tabella 7 di seguito:

Tabella 7

Componente	Ruolo
Dott. Claudio Napoli	Presidente - esperto di bioetica
Dott. Carolina Ciacci	Vice Presidente - in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo,esperto in nutrizione
Dott. Alfredo Budillon	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Dott. Giuseppe Paolisso	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Dott. Giovanni Di Minno	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Dott. Raffaele Marfella	clinico esperto in materia di sperimentazione clinica
Dott. Rosalba Tufano	clinico esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive
Dott. Alessandro Perrella	clinico esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive
Dott. Vincenzo Schiavo	medico di medicina generale territoriale
Dott. Giuseppina Tommasielli	medico di medicina generale territoriale
Dott. Claudia Mandato	Pediatra
Dott. Paolo Chiodini	Biostatistico
Dott. Amelia Filippelli	Farmacologo
Dott. Adriano Vercellone	farmacista ospedaliero
Dott. Stefania Cascone	farmacista ospedaliero
Dott. Antonio Froncillo	esperto in materia giuridica
Dott. Gaetana Paesano	esperto in materia giuridica
Dott. Guglielmo Lima	esperto in materia assicurativa
Dott. Carmen Sementa	medico legale
Dott. Gianluca Marino	rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione

Dott. Lorenzo Acampora	rappresentante delle associazioni di pazienti o di cittadini impegnati sui temi della salute
Dott. Adriano Cristinziano	esperto in dispositivi medici
Dott.ssa Maria Galdo	esperto in dispositivi medici
Dott. Fabrizio Clemente	ingegnere clinico
Dott. Michelangela Barbieri	in relazione agli studi di genetica, esperto ingenetica

Organizzazione

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

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

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

Con l'Atto Aziendale approvato con DCA n.21 del 22 marzo 2017 e adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università (limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture a direzione universitaria che li compongono, ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 e dell'art. 5, comma 2 del DPCM del 24 maggio 2001), vengono individuate le strutture assistenziali che, nel rispetto dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera, degli standard di cui al D.M. 70/2015 (piano regionale di programmazione della rete ospedaliera), del DCA 33/2016 e dei parametri del DCA 18/2013, dovranno consentire l'integrazione tra attività di ricerca scientifica e didattica. Considerato che, questa Azienda, in termini di indirizzo delle sue attività e orientamento delle successive azioni strategiche, si adegua a quanto sancito dal protocollo d'intesa, definito e sottoscritto tra il Presidente della Giunta Regionale della Regione Campania e dal Rettore ai sensi del D.Lgs. 517/1999 e DPCM 24/05/2001

si rappresenta che, visto l'imminente rinnovo del protocollo, il Direttore Generale Dott. Ferdinando Russo predisporrà il nuovo atto aziendale solo successivamente alla stipula dello stesso.

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 ai sensi del D.C.A. n.87 del 5/11/2018 nel quale è indicato il numero massimo di Unità Operative Complesse e il numero massimo di Unità Operative Semplici e Semplici Dipartimentali (calcolato a loro volta sul numero di Unità Operative Complesse) a cui l'Azienda deve attenersi.

Tabella 8

Cod. Disciplina	AOU VANVITELLI Descrizione Disciplina	Programmazione	
		PL	UOC
Discipline con posti letto			
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 ricambi	12	1
20	Immunologia e centro trapianti		1
21	Geriatrics	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	Pediatria	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.		
TOTALE OFFERTA PER ACUTI		457	34
28	Unità spinale		
56	Recupero e riabilitazione funzionale	20	1
60	Lungodegenti		
75	Neuroriabilitazione		
TOTALE OFFERTA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		20	1
TOTALE OFFERTA OSPEDALIERA		477	35

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	7	2	7	2
Chirurgia, Ortopedia e Epatogastroenterologia	3	3	4	-
Medicina Interna, Geriatria e Neurologia	5	2	3	2
Diagnostica per Immagini, Area Critica e Terapeutica	4	2	1	4
Materno Infantile e Nutrizione Clinica	3	1	4	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	5	2	2	6

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

<https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/generics/download/artuff/1029> .

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

- Dipartimento interaziendale integrato di Oncologia Pediatrica con l'AORN Santobono-Pausilipon (D.C. n. 33 del 2016);

- Dipartimento interaziendale integrato di Nefrologia Clinica e Sperimentale AOU-Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” e AORN “Azienda dei Colli” finalizzato alla realizzazione di una organizzazione territoriale di assistenza al paziente nefropatico (del. 839 del 29.9.2014).

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

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

Rete delle emergenze

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

A tale programma questa Azienda partecipa attivamente con:

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

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

La Regione Campania con il DCA n.98 del 20.09.2016 ha individuato questa Azienda Centro di II Livello/CORPUS e Centro di I fascia chirurgica per le patologie neoplastiche previste nel DCA, intendendo per CORPUS quei Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico cui demandare, oltre alle funzioni già attribuite ai CORP (aggregato funzionale

di Unità Operative Complesse, Unità Semplici, Unità Dipartimentali finalizzate verso obiettivi comuni di Assistenza, all'interno [...] delle Aziende [...].dove ogni CORP ha un suo Coordinatore, nella veste del Dirigente Medico di II livello con carica di Direttore dell'UOC di Oncologia Medica dell'Azienda presso cui ha sede il CORP"), alcune funzioni peculiari, tra cui "la promozione e lo sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altri centri della Rete in ambito regionale e nazionale".

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

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

Le figure professionali fondamentali per la costituzione del GOM sono:

- l'Oncologo Medico
- il Chirurgo
- il Radioterapista

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

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

- fisiatra
- nutrizionista
- psico-oncologo

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

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

I provvedimenti deliberativi di riferimento sono i seguenti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

I costanti mutamenti sociodemografici oltre le necessità derivate dai recenti problemi legati agli eventi pandemici, impongono opportune valutazioni sulle risposte di assistenza sanitaria ai bisogni di salute. Con l'incremento delle malattie croniche, diventa indispensabile ripensare a nuovi modelli assistenziali proiettati in una logica di iniziativa e di presa in carico globale e non più di attesa, tipica delle organizzazioni per acuzie. La A.O.U. Luigi Vanvitelli ha definito "Percorsi Assistenziali" per la presa in carico di alcune patologie metaboliche e cronico- degenerative quali, tra gli altri, il Diabete (con il PDTA del piede diabetico), patologie neoplastiche (mammella, 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)
- Preservazione della Fertilità nei pazienti oncologici ed oncoematologici adulti e in età evolutiva (Delibera n. 248 del 18/4/23)
- Patologie rare: Cheratodermie Palmoplantari Ereditarie, Epidermolisi Bollosa Ereditaria, Ittiosi Congenita e Pemfigoide Bolloso (Delibera n. 165 del 10/3/23)
- Prevenzione e gestione dell'emorragia del post-partum e del PDTA per la prevenzione e gestione dei disturbi ipertensivi in gravidanza di cui alla D.G.R.C n. 63 del 14.02.2023 (Delibera n. 340 del 16/5/23)
- Diabete Mellito (da Delibera n. 48 del 16/09/2022)

- Malattie rare pediatriche (di cui alle Delibere Regionali nn. 91 e 105 del 2014)
- Pazienti affetti da tumore del colon-retto (da Delibera n. 292 dell'11-5-2017)
- Gestione del "Piede Diabetico" (da Delibera n. 127 del 23-2-2017)
- Paziente affetto da artrite reumatoide tramite una migliore implementazione dell'ambulatorio dedicato all'artrite all'esordio e alla presa in carica del paziente" (da Delibera n. 105 del 16-2-2017)
- 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 10, i Centri di riferimento regionale attivi presso questa Azienda

Tabella 10

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, oltre ad avere a disposizione farmaci efficaci per la cura della sua patologia.

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

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

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

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

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

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

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 a 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 2024-2026, i contenuti di questo PIAO, in continuità con quanto realizzato nel 2023, oltre a discendere dai contenuti della normativa vigente nazionale e regionale, sono principalmente legati agli obiettivi fissati dal documento del Piano di Efficientamento, unitamente a quelli assegnati alla direzione strategica dalla Regione stessa.

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

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

L’analisi del contesto esterno prende a riferimento le variabili significative dell’ambiente in cui l’AOU svolge le proprie attività. L’attenzione è rivolta ai principali stakeholder in grado di incidere sulla capacità dell’azienda di raggiungere i propri obiettivi. Tra gli stakeholder istituzionali, assumono una particolare importanza il Ministero della Salute, la Regione Campania e le altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale e regionale con le quali l’A.O.U. L. Vanvitelli collabora fattivamente anche attraverso apposite convenzioni e protocolli d’intesa.

L’utenza di riferimento dell’A.O.U. Vanvitelli costituisce un altro *stakeholder*, ed è identificata dalla popolazione della Città metropolitana di Napoli (pari a 3.034.410 di abitanti rilevazioni ISTAT 2020), oltre ad essere centro di riferimento regionale e nazionale. La città di Napoli, che si estende su un territorio di circa 1179 km², è la prima città metropolitana per densità abitativa del Paese (2.535 abitanti/kmq).

Le tabelle che seguono permettono di suddividere per fasce d’età (Tabella 11 e Tabella 12) e

per sesso (Tabella 11) la popolazione della Città metropolitana partenopea con quella regionale e nazionale.

Tabella 11

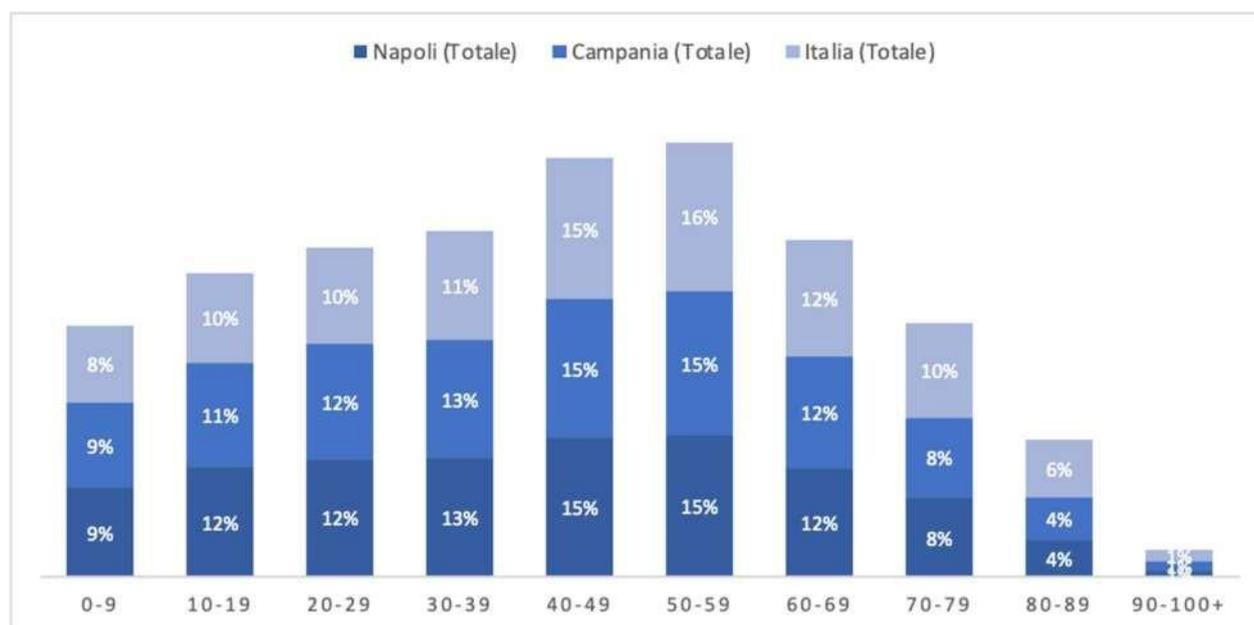
Età	Napoli (Maschi)	Campania (Maschi)	Italia (Maschi)
0-9	147.148	263.718	2.515.438
10-19	180.496	322.441	2.945.914
20-29	192.219	355.330	3.154.464
30-39	189.021	358.948	3.451.730
40-49	217.133	410.263	4.445.998
50-59	216.650	418.843	4.617.152
60-69	164.864	320.879	3.527.662
70-79	114.542	221.431	2.736.539
80-89	45.078	98.936	1.438.596
90-100 anni e più	5.722	13.827	216.603
Totale	1.472.873	2.784.616	29.050.096
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
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
Totale	1.561.537	2.927.527	30.591.392

Tabella 12

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
Totale	3.034.410	5.712.143	59.641.488

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.

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 13 riporta la distribuzione del fenomeno per l'anno 2022, ultimo periodo disponibile.

Tabella 13

Individui	Italia	Campania
Persone in buona salute	70.2	72
Persone con almeno una malattia cronica	40.4	39.7
Persone con almeno due malattie croniche	21.5	22.5
Persone con malattie croniche in buona salute	44.7	44.1
Malati cronici (affetti da diabete)	6.6	8.3
Malati cronici (affetti da ipertensione)	18.6	19.8
Malati cronici (affetti da bronchite cronica)	6.2	7.6
Malati cronici (affetti da artrosi, artrite)	14.9	14.4
Malati cronici (affetti da osteoporosi)	7.9	7.9
Malati cronici (affetti da malattie del cuore)	4.2	4.2
Malati cronici (affetti da malattie allergiche)	11.7	14.8
Malati cronici (affetti da disturbi nervosi)	4.7	4.8
Malati cronici (affetti da ulcera gastrica o duodenale)	2.1	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 14 permette di osservare i valori assunti dai diversi indicatori nel corso degli ultimi 5 anni.

Tabella 14

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%	31,81%
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%	21,10%

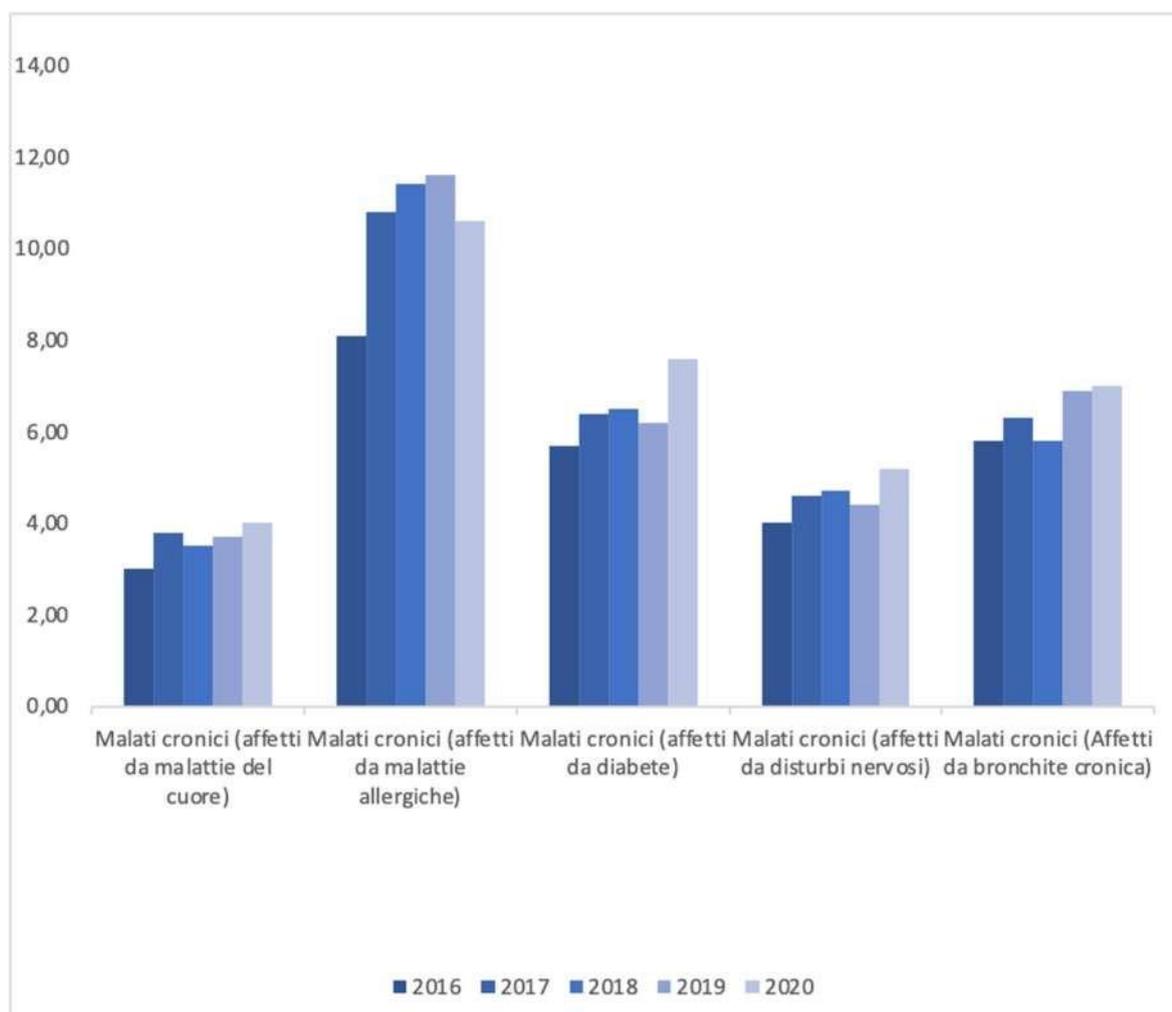
Malati cronici (affetti da artrosi, artrite)	15,40	15,80	15,40	15,30	14,90	2,60%	-2,53%	-0,65%	-2,61%	-3,20%
Malati cronici (affetti da osteoporosi)	7,50	7,90	8,30	8,70	8,90	5,33%	5,06%	4,82%	2,30%	17,51%
Malati cronici (affetti da malattie del cuore)	3,00	3,80	3,50	3,70	4,00	26,67%	-7,89%	5,71%	8,11%	32,59%
Malati cronici (affetti da malattie allergiche)	8,10	10,80	11,40	11,60	10,60	33,33%	5,56%	1,75%	-8,62%	32,02%
Malati cronici (affetti da disturbi nervosi)	4,00	4,60	4,70	4,40	5,20	15,00%	2,17%	-6,38%	18,18%	28,97%
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 regionale e metropolitano è dovuto anche alle recenti dismissioni di antiche strutture nosocomiali, al significativo ruolo del reparto di Ostetricia e Ginecologia, con attivazione del pronto soccorso ostetrico e alla contestuale apertura della Terapia Intensiva Neonatale.

Contesto interno

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

La Tabella 15, 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 15

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

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

Tra i punti di debolezza, si segnalano i processi ITC, 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.

Nel biennio dell'emergenza pandemica da COVID 19, che ha inciso in maniera rilevante e negativa sull'intera società ed in particolare sul S.S.N., in conformità con quanto programmato e in ragione della necessità di dover fare fronte al reclutamento di personale in area critica per l'emergenza sanitaria, l'attività di espletamento delle procedure concorsuali, volta al reclutamento del personale a tempo indeterminato di cui al precedente PTFP, ha subito un notevole incremento, garantendo in tal modo il superamento dei suindicati punti di debolezza relativi alla forza produttiva aziendale. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 971 del 22 dicembre 2023 è stato adottato via provvisoria il PTFP per il triennio 2022-2024, con previsione di un numero totale di n. 767 unità, ferma l'approvazione da parte della Regione.

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



**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. Pertanto, è di tutta evidenza che tale valore è proprio della mission aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Responsabilità**, in quanto per un'appropriata presa in carico dei bisogni dei pazienti è necessario equilibrare l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo.

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

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

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

- credere nel primato delle relazioni umane con le persone che scelgono di curarsi presso questa Azienda;
- farsi carico di una significativa e ben organizzata formazione dei nuovi operatori sanitari che vengono assegnati alle Strutture Aziendali infatti l'A.O.U. sta ponendo essere diverse iniziative tese alla formazione del proprio personale, aspetto per il quale si rimanda alla specifica sottosezione;
- tendere alla qualità, quale migliore sintesi di efficacia, appropriatezza ed affidabilità dei servizi;
- accettare responsabilmente la sfida costituita dal superamento della visione "paziente-utente" verso la concezione del "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.

A. Sostenibilità e risparmio energetico

È proprio nell'ottica della sostenibilità e del Risparmio Energetico che è stata formulata sia la Programmazione edilizia 2024-2025 che l'adeguamento/aggiornamento delle tecnologie sanitarie - Programmazione 2024-2025. 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, in seguito, una tabella

riepilogativa degli interventi individuati in ordine di priorità di Manutenzione Straordinaria (M.S.) e manutenzione ordinaria (M.O.).

TAB.1

MANUTENZIONE 2024		
M.S.	Manutenzione impianti antincendio	1 900 000,00
M.O.	Manutenzione e conduzione impianti tecnologici	1 100 000,00
M.O.	Manutenzioni edili	500 000,00
	TOTALE	3 500 000,00
MANUTENZIONE 2025		
M.S.	Manutenzione impianti antincendio	1 200 000,00
M.O.	Manutenzione e conduzione impianti tecnologici	1 200 000,00
M.O.	Manutenzioni edili	1 100 000,00
	TOTALE	3 500 000,00
MANUTENZIONE 2026		
M.S.	Manutenzione impianti antincendio	1 200 000,00
M.O.	Manutenzione e conduzione impianti tecnologici	1 200 000,00
M.O.	Manutenzioni edili	1 100 000,00
	TOTALE	3 500 000,00

Tecnologie sanitarie: Programmazione 2023-2024

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

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

La A.O.U. "L. Vanvitelli" rientra nel finanziamento per l'acquisizione di nuove apparecchiature sia di alta che media tecnologie, ai sensi **dell'art.20 legge 67/88**, per un importo complessivo di € 15.801.588,00 IVA inclusa come da nota pervenuta dalla Regione con prot.n°890759 dell'18.11.2019. Detto finanziamento comprende anche le eventuali opere edili, là dove necessario, per la installazione e posa in opera delle grandi apparecchiature, oggetto di finanziamento. Tale fondo è stato in parte utilizzato nell'anno 2023 e la restante parte dello stesso sarà oggetto di acquisizione per tutto l'anno 2024.

L'AOU, inoltre, partecipa 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 € 1.908.310- IVA inclusa.

Si evidenzia altresì che la Giunta Regionale della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con nota prot. n° 2023.0092929 del 21.02.2023, assunta in pari data al protocollo di questa Azienda con il n° 5439/e, ha notificato il DGR n°54 del 08.02.2023 con il quale è stato programmato, nell'ambito dell'**Azione 1.6.1. del POR Campania FESR**

2014-2020, l'importo massimo di € 200.000.000,00 per il finanziamento di interventi diretti al potenziamento delle infrastrutture immateriali e digitali, nonché delle attrezzature necessarie a rafforzare la capacità di risposta del sistema sanitario regionale.

Da ciò la A.O.U. "L. Vanvitelli" in data 03.05.2023 con prot. n° 13011, ha trasmesso il proprio progetto dal titolo: "Potenziamento tecnologico di varie UU.OO.CC. rivolto alla riduzione dei tempi delle liste d'attesa, ed alla attivazione di misure preventive da virus pandemici, per la tutela dei pazienti afferenti ai Reparti della A.O.U. "L Vanvitelli".

Successivamente con nota a mezzo pec assunta al prot. aziendale n° 14821 del 18.05.2023, la Giunta Regionale della Campania ha trasmesso il Decreto Dirigenziale n. 271 del 17.05.2023 avente ad oggetto POR Campania FESR 2014-2020 - Asse 1 - Obiettivo specifico 1.6 - Azione 1.6.1. la A.O.U. "L. Vanvitelli" di ammissione a finanziamento e approvazione dello Schema di Convenzione. E con Delibera del Direttore Generale n°376 del 29.05.2023 è stata formalmente trasmessa alla Giunta Regionale il Progetto della A.O.U. "L. Vanvitelli" per il potenziamento del proprio parco tecnologico, con il vincolo che tale progetto dovesse essere evaso entro e non oltre il 31.12.2023. L'importo assegnato alla A.O.U. "L. Vanvitelli" è pari a complessivi € 8.338.200,00 IVA Inclusa.

E così, 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 ed implementazione delle tecnologie elettromedicali scaturito da una attenta analisi dei fabbisogni da parte della Direzione Strategica, così da rendere sempre più efficiente con quanto necessario alla diagnosi e cura dei pazienti che afferiscono alle varie UU.OO.CC.

Per una migliore schematizzazione e analisi di quanto acquisito con le varie tipologie di fondi sia Nazionali che Europei messi a disposizione della A.O.U. "L. Vanvitelli" per il supporto ad una migliore gestione di diagnosi e cura del paziente si riporta di seguito lo schema delle attività svolte con ogni fondo ricevuto da utilizzare per gli anni 2023 e fino a tutto il 2024.

Le tipologie di apparecchiature rientranti in tale finanziamento Fondi dell'**Azione 1.6.1. del POR Campania FESR 2014-2020** sono, come da schema, rappresentate nella Tabella 2 attivata nel secondo semestre dell'anno 2023 e concluse al 31.12.2023 come da disposizioni Ministeriali

Tabella 2

Rif	Denominazione Apparecchiatura	Quantità	Costo IVA Incluso
1	Fornitura Robot chirurgico occorrente alle attività Chirurgiche di varie UU.OO.CC.	1	€ 4.270.000,00
2	Fornitura sistema localizzazioni lesioni mammarie occorrente alla U.O.C. Chirurgia Polispécialistica mininvasiva e dell'Obesità.	1	€ 50.000,00
3	Fornitura sistema integrato Ultrasuoni e Laser per termoablazione occorrente alle attività chirurgiche della U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.	1	€ 232.000,00
4	Fornitura Elettromiografo intraoperatorio per le attività chirurgiche della U.O.C. Maxillo Facciale.	1	€ 50.000,00
5	Fornitura Tomografo Computerizzato occorrente alle attività Clinico Diagnostiche della U.O.C. Diagnostica per Immagini.	1	€ 1.342.000,00
6	Fornitura sistema Laser ad Eccimeri per le attività chirurgiche della U.O.C. Oculistica.	1	€ 900.000,00
7	Fornitura perimetro occorrenti alla U.O.C. Oculistica	2	€ 85.400,00
8	Fornitura Laser per la cura del glaucoma occorrente alla U.O.C. Oculistica.	1	€ 61.000,00
9	Fornitura radiologi portatili digitali occorrenti a varie UU.OO.CC.	5	€ 325.740,00
10	Fornitura Arco C Entry Level occorrenti a varie UU.OO.CC.	2	€ 192.760,00

11	Fornitura ecografi multidisciplinari occorrenti a varie UU.OO.CC.	4	€ 320.000,00
12	Fornitura sistema Laser chirurgico per le attività operatorie della U.O.C. Urologia.	1	€ 100.000,00
13	Fornitura Sistema composto da un micromanipolatore controllo ad aria con annesso microscopio per il laboratorio di PMR della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.	1	€ 86.000,00
14	Fornitura sistema per l'assistenza extracorporea E.C.M.O.	1	€ 170.800,00

Le tipologie di apparecchiature rientranti in tale finanziamento Fondi art.20 legge 67/88 sono, come da schema, rappresentate nella Tabella 3 attivate nell'anno 2023 ed all'anno 2024

Tabella 3

FORNITURE DI APPARECCHIATURE DI MEDIA E ALTA TECNOLOGIA PREVISTA PER L'ANNO 2023			
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	Sistema di rilevazione osteoporosi con metodica ad ultrasuoni	1	€ 61.000,00
5	Lettore Transcutaneo per CO2	1	€ 20.130,00
6	Isole neonatale per la U.O.C. T.I.N.	2	€ 71.980,00
7	Screening Audiologico Neonatale	1	€ 18.300,00
8	Sistema a EEG per la U.O.C. T.I.N.	1	€ 36.600,00
9	Fornitura di n°02 Centrali di monitoraggio con annessi rispettivamente 4 monitor per varie UU.OO.CC.	2	€ 134.200,00
10	Fornitura di incubatrici neonatali	6	€ 175.680,00
11	Sistema di monitoraggio per infezioni neonatali	2	€ 61.000,00
12	Fornitura di n°02 OCT per la U.O.C. Oculistica	2	€ 317.200,00
13	Sistema di monitoraggio invasivo della pressione neonatale	1	€ 30.500,00
14	Lampada a fessura	1	€ 10.500,00
15	Congelatori – 80° C	2	€ 36.600,00
16	Congelatori – 20° C	2	€ 12.220,00
17	Frigo Farmaci + 4° C	3	€ 5.490,00
18	Sistema Monitoraggio Temperature da Remoto con n°05 sonde Ambientali e n°06 sonde per Apparecchiature del Freddo	1	€ 10.370,00
19	Defibrillatori Manuali	10	€ 61.000,00
20	Centrifuga Refrigerata	1	€ 4.888,00
21	ECG 6 Ch con monitor	4	€ 14.090,00
22	Lampade scialitiche su carrello	8	€ 58.560,00
23	Lavaferri per strumentario chirurgico	2	18.560,00
24	Imbustatrici/sigillatrici	2	€ 4.880,00
25	Maceratore	1	€ 7.442,00

26	Lavapadelle	1	€ 7.930,00
27	Sistema Ecografico per la U.O.D. Chirurgia Colon	1	€ 207.400,00
28	Sistema Ecografico per la U.O.D. Cardiomiologia	1	€ 134.200,00
29	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
30	Sistema M.O.C. per la U.O.C. Ortopedia	1	€ 51.240,00
31	Stazione proctologica per la U.O.C. Chirurgia Colon-Retto	2	€ 146.400,00
32	Sistema per analisi del fondo oculare in modalità combinata luce + OCT per la U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
33	Sistema per biometria scheimpflug con annesso tomografo occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 146.400,00
34	Fornitura di OCT per segmento anteriore occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 150.000,00
35	Fornitura di retinografo ultrawide comprensivo di OCT annesso occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 300.000,00
36	Fornitura di sistema retinografico per pazienti pediatrici occorrente alla U.O.C. Oculistica	1	€ 180.000,00
37	Fornitura di Biomicroscopio con lampada a fessura fotografica per la U.O.C. Oculistica	1	€ 15.000,00
FORNITURE DI APPARECCHIATURE DI MEDIA E ALTA TECNOLOGIA PREVISTA PER L'ANNO 2024			
Rif.	Denominazione	Quantità	Costo IVA Inclusa
1	Piattaforme Endoscopiche con sistema di cablaggio audio/video per varie CC.OO. della U.O.C. Chirurgia Generale Laparoscopica mininvasiva e dell'Obesità	4	€ 823.500,00
2	Colonna Toracosopia	1	€ 329.400,00
3	PET/TC per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 2.196.000,00
4	Fornitura di Tavoli Operatori per varie CC.OO.	4	€ 292.800,00
5	Autoclavi per sterilizzazione strumentario chirurgico per varie CC.OO.	8	€ 590.400,00
6	Sistema di Diagnostica focalizzata ad ultrasuoni Sotto Risonanza Magnetica	1	€ 1.830.000,00
7	Fornitura Risonanza Magnetica per la U.O.C. Diagnostica per Immagini	1	€ 1.098.000,00
8	Forniture di lampade scialitiche per varie CC.OO.	10	€ 347.700,00
9	Termociclatori per la U.O.D. Cardiomiologia	2	€ 39.040,00
10	Cappa a Flusso Laminare	1	€ 14.000,00
11	Poltrone Infusione Farmaci	24	€ 52.704,00
12	Microscopio per Camera Operatoria	1	€ 402.600,00
13	Pensili per Camera Operatoria	2	€ 77.584,00
14	Ventilatori Polmonari	2	€ 70.760,00
15	Lampade scialitiche su carrello	8	€ 58.560,00
16	Travi Testa Letto	4	€ 12.200,00
		TOTALE	€ 12.985.588,00
Apparecchiature Elettromedicali anno 2023 e 2024		Costo IVA Inclusa al 22%	
		€ 12.985.588,00	
		Costo IVA Inclusa al 10%	

Lavori posa in opera parte edile ed impiantistica relativa all'installazione di Grandi Apparecchiature quali Risonanza Magnetica e PET/TC	€ 2.816.000,00
Costo Complessivo Forniture (Apparecchiature + Opere Edili)	€ 15.801.588,00
Valore Finanziamento Complessivo Anni 2023 e 2024	€ 15.801.588,00

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

Rif	Denominazione Apparecchiatura	Quantità
1	Fornitura di defibrillatori occorrenti a varie UU.OO.CC.	20
2	Fornitura elettrocardiografi occorrenti a varie UU.OO.CC.	10
3	Fornitura ecografi multidisciplinari occorrenti a varie UU.OO.CC.	8
4	Fornitura di monitor per parametri Elettromiografo intraoperatorio per le attività chirurgiche della U.O.C. Maxillo Facciale.	1
5	Fornitura di ventilatori polmonari occorrenti a varie UU.OO.CC.	6
6	Fornitura di pensili occorrenti alle CC.OO. di varie UU.OO.CC. Centro Storico e Cappella Cangiani	10
7	Fornitura di frigoriferi, congelatori ed apparecchiature per il freddo occorrenti a varie UU.OO.CC.	10
8	Fornitura di centrifughe refrigerate e non occorrenti per varie UU.OO.CC.	6
9	Fornitura di materassi antidecubito occorrenti per la UOC Rianimazione e la UOD Terapia Intensiva	10

Si evidenzia altresì che con delibera del d.g. n. 696 del 02/10/2023 si è provveduto a trasmettere alla So.Re.Sa. S.p.A. la **programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi 2024- 2025** per le piccole, medie e grandi apparecchiature da acquisire da parte della A.O.U. "L. Vanvitelli".

B. Garantire un alto livello di qualità dell'assistenza

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

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

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

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

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

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

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

Attraverso questa iniziativa, AOU Vanvitelli mira a ottimizzare i tempi diagnostici, garantendo risposte tempestive per i pazienti e riducendo il periodo di incertezza associato alle condizioni neoplastiche mammarie. Il PDTA servirà come strumento strategico per favorire l'uniformità nelle pratiche cliniche. La centralizzazione e la condivisione efficiente delle informazioni tra operatori sanitari miglioreranno ulteriormente l'integrazione e la personalizzazione delle cure per i pazienti affetti da patologie neoplastiche mammarie. Nel procedere con questo percorso, l'implementazione di questo PDTA non

solo manterrà l'impegno per l'eccellenza nell'assistenza sanitaria, ma rafforzerà anche la dedizione dell'A.O.U. Vanvitelli a promuovere pratiche mediche centrate sul paziente e basate sulle evidenze scientifiche.

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

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

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

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

Al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema offrendo un'assistenza più conforme ai nuovi bisogni della popolazione, le esigenze fondamentali rimangono il **miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale e amministrativa** e la garanzia della risposta ai fabbisogni assistenziali, mantenendo l'alto livello qualitativo dei servizi erogati. Una maggiore efficienza dei servizi

vuole essere realizzata attraverso, per esempio, il contenimento dei costi sanitari (farmaci,

dispositivi, diagnostici in vitro) e non (limite di costo per il personale ed efficientamento energetico), il miglioramento dell'appropriatezza del consumo di farmaci e vigilanza e il fabbisogno del personale.

D. Digitalizzazione

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.

Con il PIAO 2024-2026 si avvierà 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).

Si procederà ove possibile con specifici obiettivi di efficientamento energetico principalmente proseguendo le attività di migrazione al cloud ed ottimizzando l'uso delle risorse tecnologiche procedendo altresì all'attivazione degli strumenti di misurazione automatizzata dei tempi effettivi di completamento delle procedure.

Ci 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:

1. gestione degli utenti (neoassunti, esistenti, cessati, ecc.) e delle relative credenziali di accesso ai sistemi;
2. attribuzione delle caselle di posta elettronica e degli spazi di condivisione documenti;
3. assegnazione delle licenze software e dei dispositivi hardware;
4. assegnazione dei buoni pasto in base alle presenze;
5. altri processi informatici legati alle attività amministrative (contrattualizzazioni, liquidazioni, ecc.);
6. processi informatici legati alle attività cliniche ed ospedaliere (prenotazioni, accettazioni, ricoveri, dimissioni, ecc.);
6. trasmissione dei dati sanitari tra le varie piattaforme aziendali, regionali e nazionali.

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 (S.M.V.P.)

In conformità a quanto disposto dal D.lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell'art.7, l'AOU aggiorna annualmente il regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance reperibile al seguente indirizzo: <https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/resolutions/download/resolutions/90847> di cui alla delibera n. 261 del 15/12/2022, che definisce le modalità, le regole e gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale. Avendo rilevato che il personale che utilizza il S.M.V.P di cui alla suddetta delibera sta acquisendo familiarità con tale metodologia innovativa per l'azienda, contribuendo fattivamente al processo di miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza dell'azione gestionale, l'A.O.U. , con nota prot.34707 del 12/12/2023 , trasmessa all'O.I.V. , da cui ha acquisito parere favorevole, ha ritenuto di non dover apportare modifiche al S.M.V.P. .

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.

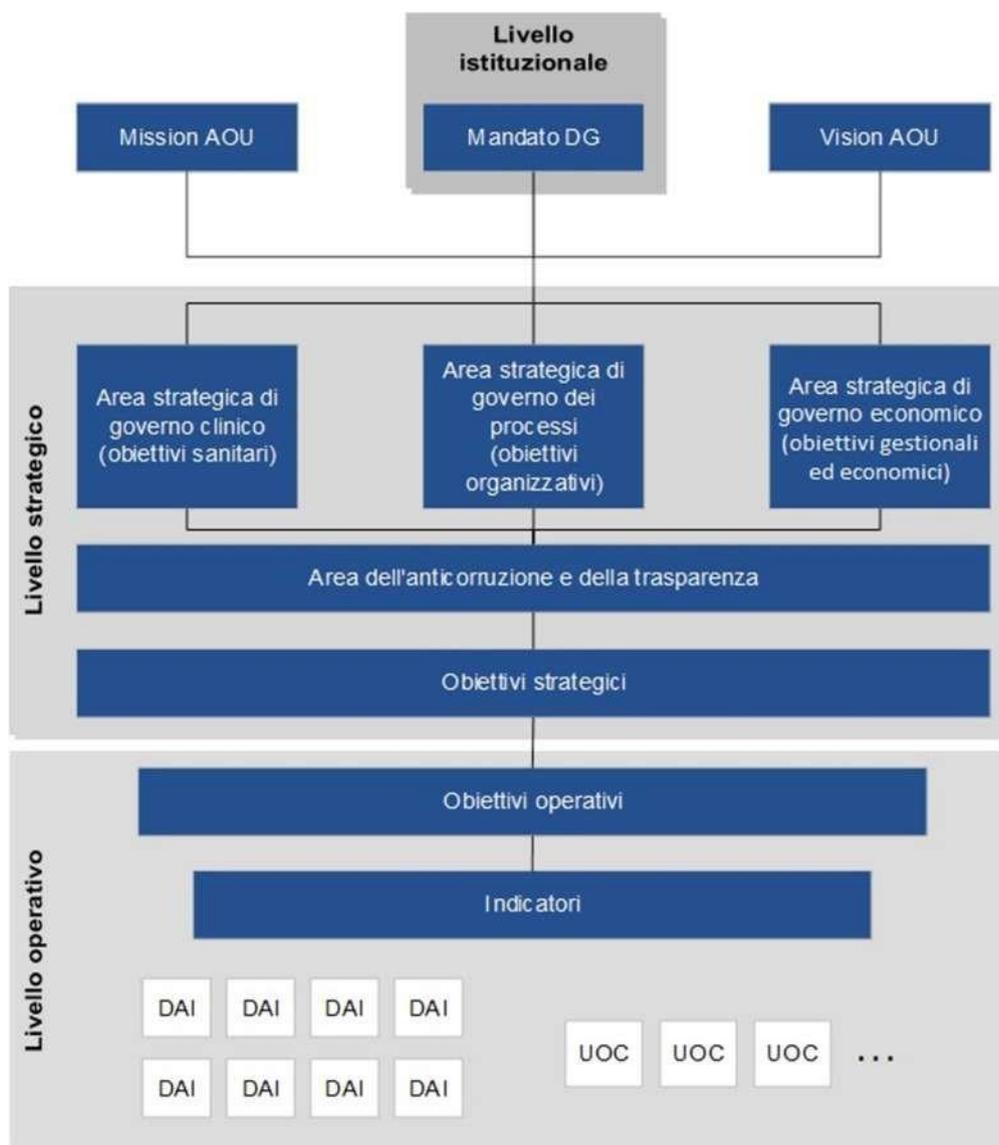
Albero della performance

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

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

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

Figura 1



Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

- area strategica di governo clinico all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici che attengono all'erogazione delle attività assistenziali (ricoveri ordinari, day hospital e prestazioni ambulatoriali);
- area strategica di governo dei processi, all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni, degli esiti, nonché al miglioramento della comunicazione e della fruibilità all'esterno del flusso informativo dell'Azienda. L'area strategica in parola permette di identificare i processi interni critici nei quali l'Azienda deve primeggiare per raggiungere gli obiettivi,
- area strategica di governo economico che accoglie gli obiettivi strategici correlati al collegamento tra

ciclo della performance e ciclo della programmazione e di bilancio al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse, l'economicità delle prestazioni sanitarie e di quelle amministrative, garantendo altresì l'equilibrio economico richiamato dalla delibera di nomina del DG;

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

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

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

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

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

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

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, tali obiettivi saranno altresì identificati con un codice alfanumerico poichè correlati ai singoli obiettivi di performance dei D.A.I. e delle U.O. amministrative:

A) Sostenibilità e Risparmio Energetico

- (A1) manutenzione Straordinaria-Ristrutturazione-Restauro 2023
- (A2) programmazione 2023-2024 delle Tecnologie Sanitarie
- (A3) efficientamento energetico;
- (A4) pari opportunità e benessere organizzativo;
- (A5) efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto.

B) Crescita del livello di qualità dell'assistenza

- (B1) il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza;
- (B2) il rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- (B3) la garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme di 22 indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia;
- (B4) Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri;
- (B5) Aumento della complessità dei ricoveri ordinari;
- (B6) l'erogazione almeno dell'80 % dei pazienti dimessi del primo ciclo terapeutico secondo le linee di indirizzo regionali;

- (B7) l'attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale;
- (B8) gli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- (B9) l'attrazione extra-Regionale;
- (B10) il miglioramento indicatori sistemi nazionali di valutazione;
- (B11) lo sviluppo di competenze tecniche-professionali;

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

- (C1) il raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria;
- (C2) il fabbisogno del personale;
- (C3) il rispetto limiti di costo beni sanitari e personale;
- (C4) il rispetto dei tempi di pagamento;
- (C5) il miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei farmaci e vigilanza;
- (C6) il rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie;
- (C7) Anticorruzione e trasparenza.

D) Digitalizzazione

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

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

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

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

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

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

1. recepimento delle direttive Nazionale e Regionali;
2. formulazione degli obiettivi;

3. valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

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

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

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

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. L'elenco degli obiettivi strategici relativi alle diverse aree è riportato nella Tabelle 7-9.

Tabella 7 – Obiettivi strategici relativi alle diverse aree

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

Tabella 8

Governo clinico	
Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Aumento della complessità dei ricoveri ordinari	Aumento del peso medio dei DRG dei ricoveri erogati in regime ordinario
Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età pediatrica (≤ 18 anni) per asma e gastroenterite

	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
	Mantenimento dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
Contenimento parti cesari	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello (Rif.: <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

Governo economico	
Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
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/92556>

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

Tabella 10 - Attività di ricovero anni 2020-2023

	2021	%	2022	%	2023	%
Ricoveri Ordinari Totali	8251	100,00%	8649	100,00%	9879	100,00%
Rimborso Ricoveri Ordinari Totali	28.739.175,10 €	100,00%	32.728.016,93 €	100,00%	37.406.254,68 €	100,00%
Ricovero Ordinari Medici	5014	60,77%	4886	56,49%	5324	53,89%
Rimborso Ricoveri Ordinari Medici	14.297.954,20 €	49,75%	14.393.517,63 €	43,98%	15.939.605,24 €	42,61%
Ricoveri Ordinari Chirurgici	3237	39,23%	3.773	43,62%	4.555	46,11%
Rimborso Ricoveri Ordinari Chirurgici	14.441.220,90 €	50,25%	18.383.537,71 €	56,17%	21.465.067,48 €	57,38%
Casi Totali DH	11460	100,00%	11432	100,00%	10621	100,00%
Rimborso Totale DH	14.253.779,80 €	100,00%	14.525.841,38 €	100,00%	10.210.263,20 €	100,00%
Ricoveri DH Medici	7459	65,09%	7407	64,79%	6623	62,36%
Rimborso Totale DH Medici	9.125.096,00 €	64,02%	9.351.836,59 €	64,38%	5.051.967,73 €	49,48%
Day-Surgery	4001	34,91%	4025	35,21%	3999	37,65%
Rimborso Day-Surgery	5.128.983,80 €	35,98%	5.173.561,77 €	35,62%	5.160.196,23 €	50,54%
Totale Casi	19711		20081		20500	
Rimborso Totale	42.992.954,90 €		47.253.858,31 €		47.616.517,88 €	

I ricoveri ordinari sono aumentati del 21% rispetto al 2021 (anno post- lockdown) e in aumento nel periodo 2021- 2023. I ricoveri in regime diurno sono diminuiti del 7,3 % rispetto al 2021 e con un trend in discesa negli anni 2022 e 2023 tale andamento è in linea con gli obiettivi strategici aziendali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri con notevole riduzione dei ricoveri diurni diagnostici. Nel periodo 2021-2023 il rimborso dei DRG chirurgici in regime ordinario risulta mostra un costante incremento dal 2020 al 2023 tale incremento risulta essere superiore all'incremento della numerosità dei casi osservati nello stesso periodo espressione dell'incremento del peso medio dei ricoveri. Anche il rimborso dei DRG chirurgici, in linea con l'incremento del peso medio (espressione della complessità della casistica trattata) mostra un trend in incremento nel periodo in esame.

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

Tabella 11 - Prestazioni ambulatoriali anni 2021-2023

Tipologia	2021			2022			2023		
	Prestaz.	(€)	%	Prestaz.	(€)	%	Prestaz.	(€)	%
Assistito SSN	195.450	4.680.884	72,59%	259.920	7.204.874	94,68	308.812	9.270.679	94,77
Cassa Marittima	55	1.022	0,02%	59	1.923	0,02	29	537	0,01
Intra moenia	4.525	662.747	10,28%	4.814	712.516	1,75	5.276	773.222	1,62
Extra moenia	6.178	888.388	13,78%	3.279	472.183	1,19	4.859	745.791	1,49

Medicina sportiva	52	845	0,01%	452	4.125	0,16	518	4.690	0,16
Medico legale	958	20.573	0,28%	958	19.495	0,35	1235	25.290	0,38
Privato	2870	196.563	3,05%	5.052	277.729	1,84	5.116	140.979	1,57
Totale	210.022	6.448.331	100.00%	274.534	8.692.845	100,00	325.845	10.961.189	100,00

La tabella evidenzia come le prestazioni ambulatoriali erogate nel 2023 a seguito della flessione del 2021 (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, è possibile osservare che, se da un lato l'incidenza percentuale degli assistiti SSN è tendenzialmente stabile negli ultimi due periodi considerati (anni 2022-2023), altre tipologie di prestazioni (fra tutte, "Intra moenia" e "Extra moenia") hanno subito una considerevole diminuzione della propria incidenza percentuale.

La Tabella 12 riporta i principali valori economici relativi al triennio 2020-2022

Tabella 12 – Principali valori economici 2020-2022

Conto consuntivo (in migliaia di euro)	2020	2021	2022
Totale valore della produzione	171.476	184.946	195.406
Totale costi della produzione	166.841	183.582	193.411
Totale proventi ed oneri finanziari	-107	-62	-45
Totale proventi ed oneri straordinari	78	3.902	4.004
Totale imposte e tasse	4.266	5.089	5.590
Risultato di esercizio	341	115	365

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 2021 (+7,85%), ha registrato un ulteriore incremento nell'anno 2022 (+5,65%), portandosi ad un valore di 195.406.

I costi della produzione appaiono in costante crescita, registrando un incremento del 10,03% nel 2021 (rispetto al 2020) e del 5,35% nel 2022 (rispetto all'anno precedente). Diversamente, gli oneri finanziari si presentano in diminuzione nel corso del triennio, con una flessione del 42,05% nel 2021 e del 27,42% nel 2022.

Per l'esercizio 2022, il risultato di esercizio consegna una tendenza positiva e in forte crescita rispetto all'anno precedente (+217,39%).

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, individuati obiettivi specifici e determinati in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale contenuto integrante e imprescindibile anche dei sistemi di misurazione delle *performance* e delle incentivazioni al personale.

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

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

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

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

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

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

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

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

Con il Decreto 30 giugno 2022, n. 132, "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

D. Obiettivi di digitalizzazione

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

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

1. istituzione della nuova UOC Sistemi Informativi e Transizione Digitale (2024);
2. miglioramento dei processi e delle tempistiche di contrattualizzazione e di liquidazione dei fornitori (2025);
3. miglioramento della connettività di rete tramite l'adesione al progetto Sanità Connessa (in corso - 2025);
4. ottimizzazione ed ammodernamento delle postazioni di lavoro (in corso - 2024);
5. miglioramento della tempistica ed incremento della percentuale di successo degli interventi di assistenza (in corso - 2025);
6. razionalizzazione della gestione degli utenti e delle relative credenziali (2024);
7. graduale dematerializzazione della documentazione con conseguente riduzione della produzione di materiale cartaceo (2026);
8. miglioramento della raccolta, dell'elaborazione e della produzione dei dati sanitari (in corso - 2025);
9. realizzazione di un cruscotto direzionale per la consultazione dei dati sanitari (in corso - 2025);
10. incremento della percentuale di digitalizzazione nativa dei documenti e dei dati sanitari e della relativa aderenza alle versioni più recenti degli standard (2024);
11. incremento della percentuale dei dati trasmessi al Fascicolo Sanitario Elettronico (2024);

12. incremento dell'interoperabilità e dell'integrazione tra i vari sistemi e le varie banche dati aziendali, regionali e nazionali (in corso - 2025);
13. adeguamento dei processi e dei sistemi al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (in corso - 2024);
14. miglioramento dei contenuti e del layout del sito istituzionale (2024);
15. graduale standardizzazione della modulistica digitale (2026);
16. 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);
17. incremento della qualità e della quantità dei documenti e dei dati pubblicati nell'area Amministrazione Trasparente (in corso - 2024);
18. attivazione graduale di strumenti di misurazione automatizzata dei tempi effettivi di completamento delle procedure (2026);
19. raggiungimento graduale della piena conformità al GDPR (in corso - 2026);
20. raggiungimento graduale della piena conformità al CAD (in corso - 2026);
21. migrazione di servizi e sistemi verso il Polo Strategico Nazionale (in corso - 2024);
22. attivazione e/o incremento dell'utilizzo delle piattaforme di identità digitale (SPID, CIE, TS-CNS, Login eIDAS) e di pagamento e notifica (pagoPA, app IO) (2025);
23. efficientamento energetico e conseguente riduzione dell'impatto climatico e ambientale tramite migrazione al cloud, ottimizzazione dell'uso delle risorse tecnologiche e ricorso al lavoro agile, ove previsto (2026).
24. alfabetizzazione digitale ed ampliamento delle competenze digitali (2025);
25. formazione sulla sanità digitale e sulle relative piattaforme in uso presso l'azienda (in corso - 2025).

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

Premessa

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

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

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

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

In questa sede si definiscono i processi decisionali con l’obiettivo finale di eliminare o, quantomeno, ridurre i comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando così un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità, teso a ridurre le condizioni operative che favoriscano la corruzione e si dà conto della valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione dei servizi sanitari e amministrativi dell’Azienda, individuando gli interventi volti a prevenirlo e le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nel triennio 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 2023 (trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell’entrata in vigore del Dlgs 367/2023)

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

Con riferimento al punto relativo ai rischi legati agli appalti, si stanno introducendo strategie organizzative, 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 elementi imprescindibili per la creazione del Valore pubblico, questi sono funzionali alla realizzazione della missione istituzionale, in questo contesto l'A.O.U. ha definito una strategia di contenimento del rischio corruttivo, individuando, azioni/obiettivi specifici per la realizzazione dei già menzionati punti:

- indicazione della rete dei referenti per la prevenzione della corruzione così come riportato nella tabella a pag.110;
- formazione sviluppo e garanzia di una sensibilizzazione efficace dei referenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di scambi di rete tra la Regione, le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Campania, gli altri enti pubblici operanti nel settore sanitario;
- aggiornamento delle procedure aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;

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

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

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

In tal senso va considerato l'inserimento tra gli obiettivi programmatici previsti dall'art. 4 del d.Lgs. n. 150/2009 per i dirigenti e i responsabili di unità e, quindi, a cascata, per gli obiettivi di tutto il personale, del rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per i quali l'Azienda ha previsto la verifica della rispondenza dei risultati, intermedi e finali, ai predetti obiettivi², in capo alla RPCT.

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

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

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 dall' tipologia di rapporto con la stessa;
- gli esperti e i consulenti;
- i titolari di contratti per lavori, servizi e forniture.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

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

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

² Per gli obiettivi di *performance* si rinvia all'apposita sezione del PIAO dell'AOU Vanvitelli riferito al triennio 2024-2026.

Il Direttore Generale

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

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

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

l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate.

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

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

I Referenti per la prevenzione della corruzione

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

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

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

L'intero personale docente e ricercatore che espleta attività assistenziale presso l'A.O.U. 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’Organo indipendente di valutazione (O.I.V.)

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

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

L’OIV esprime il proprio parere ai sensi dell’art. 1 comma 8 bis 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 Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) 2022 viene affidata all’O.I.V. la verifica della coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, nonché i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del PNA 2019-2021, pagg. 32 e ss. e al contenuto del PNA 2022, pagg. 53 e ss.).

Premessa e mappatura dei processi sensibili

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

Con delibera del Direttore Generale n. 211 del 31 MARZO 2023, l’Azienda ha adottato il PIAO relativo al triennio 2023-2025.

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

Nello specifico, si osserva che, dopo le difficoltà incontrate negli anni precedenti gli anni 2022 e 2023 hanno visto un innalzamento del livello di coinvolgimento delle strutture aziendali nel processo di

elaborazione, monitoraggio ed attuazione delle misure.

Tale percorso svolto attraverso un approfondito monitoraggio annuale, ha consentito da un lato di dare impulso concreto alle misure già programmate, dall'altro di coinvolgere concretamente i responsabili delle strutture nell'implementazione delle stesse e nella individuazione delle nuove. Tale attività è stata

svolta in maniera trasversale con il coinvolgimento dell'Area tecnica, amministrativa, professionale e sanitaria.

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

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

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

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

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

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

- Approvazione sperimentazioni cliniche
- Gestione liste di attesa
- Affidamento incarichi esterni
- Attività pagamento fornitori

- Gestione delle attività conseguenti al decesso intra e inter-ospedaliero
- Esami esterni /trasferimento pazienti
- Nomina delle commissioni
- Inserimento in lista per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in regime di liberaprofessione.

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.

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.

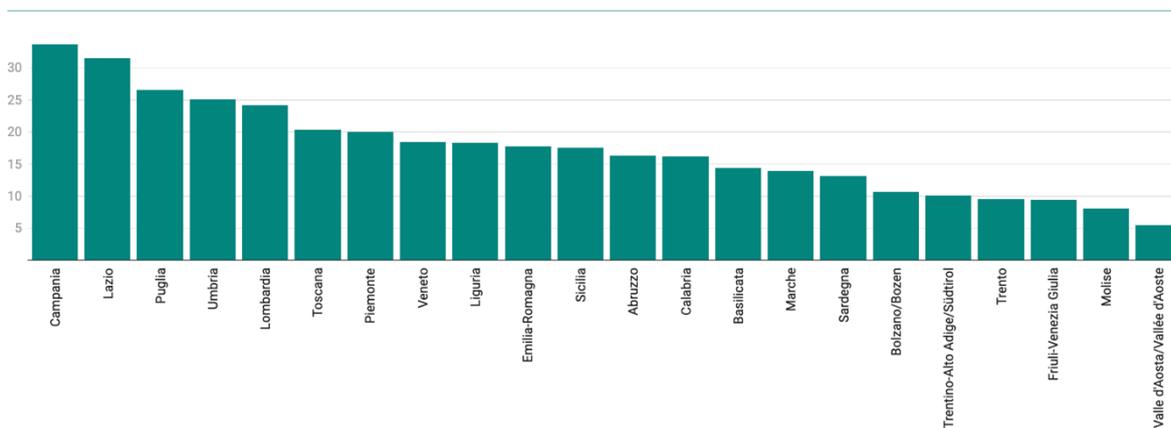
Un dato di grande rilevanza è costituito dalla **percezione del rischio criminalità** da parte delle famiglie che

vivono i territori nella loro quotidianità, benché essa non sempre coincida con il rischio effettivo.

Nel 2022, il 21,9% 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 (33,6% delle famiglie), seguita da Lazio (31,5%), Puglia e Umbria (rispettivamente 26,6% e 25,1%).

Figura 2: Famiglie (a) per giudizio su rischio di criminalità nella zona in cui abitano per regione (anno 2022)

RISCHIO DI CRIMINALITÀ PERCEPTO DALLE FAMIGLIE. ANNO 2022 (PER 100 FAMIGLIE DELLA STESSA ZONA)



Rischio di criminalità percepito dalle famiglie. Anno 2022 (per 100 famiglie della stessa zona)

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - Scaricare i dati - Incorpora - Scaricare immagine

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 202.698 del 2021 ai 214.544 del 2022. Analoga tendenza ha riguardato il territorio napoletano, dove i delitti denunciati sono passati da 125.119 nel 2021 a 135.980 nel 2022⁵.

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 2022⁶, 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.

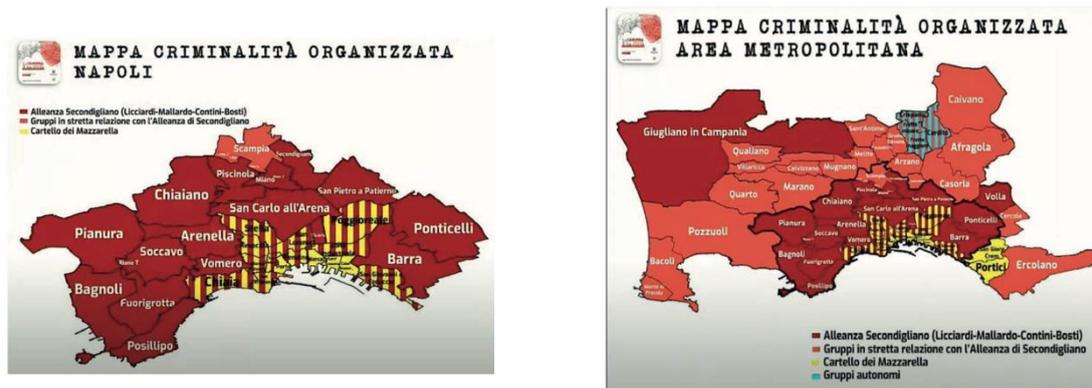
⁵ I dati ISTAT al riguardo sono rinvenibili al seguente indirizzo: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DELITTIPS

⁶ [Relazioni Semestrali – DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA \(interno.gov.it\)](https://www.interno.gov.it/it/relazioni-semestrali-direzione-investigativa-antimafia)

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 partenopeo 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, specialmente dai grandi cartelli camorristici e dai sodalizi più strutturati, di evolversi gradualmente in "imprese mafiose", conseguendo competitività e forte capacità attrattiva in diversi settori dell'economia legale. Le raffinate strategie messe in atto, anche attraverso pratiche collusive e corruttive, mirano ad orientare il settore economico e finanziario. Così come risultano pervasive le ingerenze nei poteri pubblici, al fine di condizionare il regolare funzionamento del 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 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 31 gennaio 2023, che evidenzia come l'Italia si collochi al 41° posto su una classifica dei 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 denuncia⁷, emerge che circa un terzo dei cittadini ritiene inutile denunciare la corruzione e, in

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

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 corruttivo⁸

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

Anche nella realtà pratica, il fenomeno risulta molto diffuso.

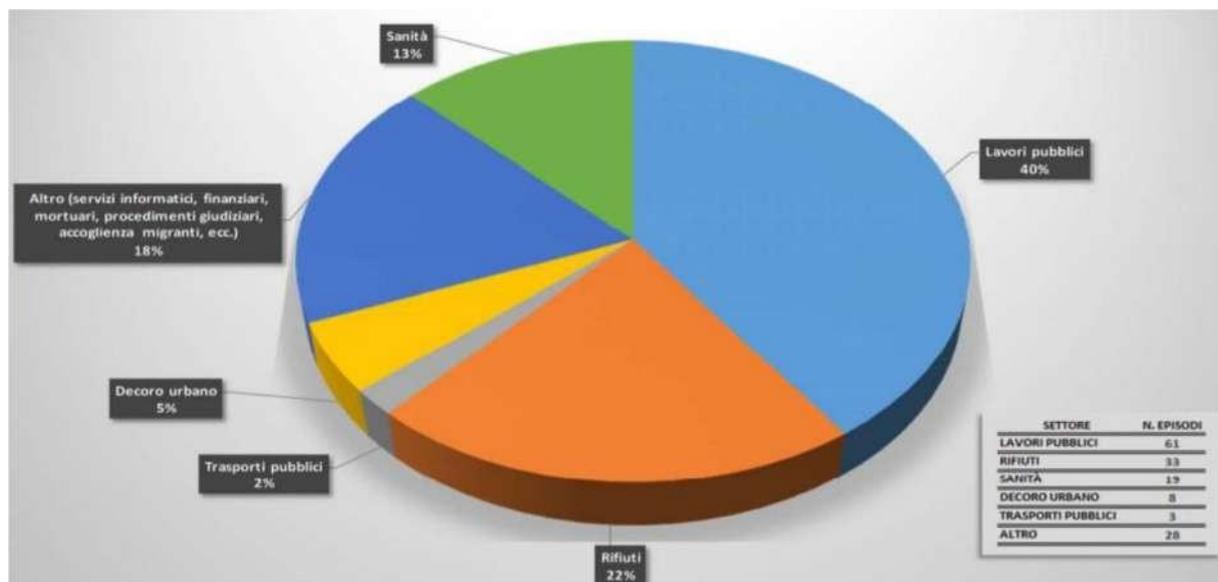
Dal rapporto ANAC “La Corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”⁹ emerge che «Le forme di condizionamento dell'apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione capillare nel tessuto sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale».

⁸ Fonte: ISTAT “Senso civico: atteggiamenti e comportamenti dei cittadini nella vita quotidiana - marzo2019”; link: <https://www.istat.it/it/files//2019/03/Report-Senso-civico.pdf>

⁹ <https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Comunicazione/News/2019/RELAZIONE%20+%20TABELLE.pdf>

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 riportato¹⁰, 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.

¹⁰ 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.

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 svolgono 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 difatti corruttivi interni, degli esiti di procedimenti disciplinari conclusi e delle eventuali segnalazioni di *whistleblowing*.

L'assetto organizzativo

Si rimanda per eventuali approfondimenti a quanto già descritto (cfr. sezione anagrafica) e si rimanda, per una immediata rappresentazione grafica dell'organizzazione aziendale al link:

<https://api.policliniconapoli.it/api/v1/cms/generics/download/artuff/1404>

Segnalazione di eventi corruttivi

All'esito del monitoraggio periodico, non si segnalano episodi corruttivi nel corso del 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, la priorità delle aree di rischio : **l'area di rischio dei contratti pubblici e le aree di rischio specifiche del settore Sanità.**

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

In particolare, considerando quanto emerge dalle relazioni del Ministero dell'interno e della DIAe 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.

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.

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.

È quindi anche su queste aree a rischio che l'AOU Vanvitelli intende indirizzare gli sforzi, tanto più quale destinataria di fondi PNRR si impone di prestare particolare attenzione ad adeguare le misure di prevenzione della corruzione al fine di evitare che si verifichino infiltrazioni di organizzazioni criminali o di altri soggetti intenzionati a distrarre risorse pubbliche.

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 2023, 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.

Con l'insediamento del nuovo Management aziendale è stato istituito, con deliberazione aziendale n.684 del 26/9/2023, il Servizio di Prevenzione e Protezione interno all'A.O.U. ai sensi del d.lgs 9 aprile 2008 n. 81, procedendo contestualmente al conferimento delle deleghe ai direttori dei DAI ed alla nomina del responsabile del sistema di prevenzione e protezione e dei Medici Competenti, per assicurare una completa integrazione delle competenze in materia di tutela della salute dei lavoratori. Inoltre, sono stati adottati con delibera n.758 del 20/10/23: il Documento Generale denominato Piano di Emergenza Interno (PEI) e di Evacuazione (PEVAC) e il Documento Generale denominato Modello di Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio.

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 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 .

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

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

La mappatura completa dei processi è riportata nell’allegate schede

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.

Nello specifico, nel corso sia del 2022 che del 2023 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 verificazione 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

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, per il triennio 2024-2026, le misure generali che verranno attuate dall'Amministrazione, con indicazione delle tempistiche di attuazione e degli uffici responsabili mentre le misure specifiche per le aree di rischio generali e per le aree specifiche del settore Sanità, saranno indicate nelle schede in allegato.

Misure di prevenzione generali

Codice di comportamento

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

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

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

- la **responsabilità attribuita al dirigente** per la crescita professionale dei collaboratori e per favorirne le occasioni di formazione e le opportunità di sviluppo
- **l'imposizione di comportamenti che sono atti a prevenire il compimento di illeciti** e di svolgere le proprie mansioni nel rispetto della legge, al fine di anteporre l'interesse pubblico a quello privato

- le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso **l'utilizzo dei social media** non devono in alcun modo essere riconducibili all'amministrazione di appartenenza o lederne l'immagine ed il decoro

Ai sensi dell'art. 54 c. 6 del D.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, vigilano sull'applicazione del codice i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interni, l'Ufficio di disciplina e la RPCT. Ai fini dell'attività di vigilanza 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 in Amministrazione Trasparente/Atti Generali nonché è pubblicato sul "Portale dei dipendenti" dell'AOU Vanvitelli.

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 apposita modulistica predeterminazione puntuale dei criteri per ottenere l'autorizzazione e si prevede il monitoraggio sulla acquisizione delle dichiarazioni sulla assenza di cause di inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interessi nonché il controllo a campione sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite fino al 10%.

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, anche con compiti di segreteria, rilasciata dai soggetti designati dall'Azienda quali componenti di commissioni di concorso o selezioni, mediante l'inserimento del riferimento alle condanne per i reati previsti nel Capo I del Titolo II libro II del Codice penale.

Analogamente è stato aggiornato il modello di autocertificazione che i commissari di gara devono obbligatoriamente sottoscrivere 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 esso 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 2024-2026 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, ha approcciato alla rotazione, anche solo parziale, nell'anno in corso, considerato che ha sopperito alla carenza di personale esclusivo prevalentemente sanitario-infermieristico ed in minor misura di quello amministrativo.

Nel biennio 2022-2023 la rotazione non è stata attuata per carenza di figure professionali.

Per il triennio 2024-2026 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".

Nell'anno 2023 non è stato necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)

Misure specifiche per gli interventi finanziati con i fondi PNRR

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

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

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

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

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

Pantouflage

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

Si rinnovano in questa sede le prescrizioni relative:

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

Trasparenza

La presente sezione contiene la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedimentali 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 dell'performance
- Sensibilizzazione circa la tempestività dei flussi e relativo costante monitoraggio

Si prevede, ad oggi il potenziamento del sito web e l'introduzione di strumenti di automazione: in particolare, si punterà ad azioni finalizzate a rendere sempre più fluida, tempestiva ed automatica

l'acquisizione delle informazioni e dati oggetto di pubblicazione, attraverso il recepimento diretto dei dati alimentati nei normali percorsi gestionali, di tutte le informazioni destinate alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il diritto di accesso

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

www.policliniconapoli.it→[amministrazionetrasparente](#)→[altricontenuti](#)→[accessocivico](#).

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 ricerca, didattica e assistenza, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'Università e della Scuola di Medicina e Chirurgia.*

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

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

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

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

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

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

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.

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 in relazione alla rispondenza ai seguenti parametri:

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

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

Unità Operative Complesse

Sono articolazioni aziendali interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, cui è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate. Esse esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o aziendale e che mobilitano un volume di risorse umane, finanziarie e/o tecniche o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo.

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

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

Unità Operative Semplici Dipartimentali

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

Unità Operative Semplici

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

Strutture in Staff alla Direzione Generale

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

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

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 missione 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

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

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

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

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

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

Il luogo di lavoro presso il quale il/la Dipendente svolge la prestazione in modalità lavoro agile 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.

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 compresenza 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 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'esperimento dei livelli di relazioni sindacali, le amministrazioni possono adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio - nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse amministrazioni, che richiedono un presidio costante del processo e nel caso in cui sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

- Accesso al lavoro da remoto

L'adesione al lavoro da remoto ha natura consensuale e volontaria ed è consentito 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. 971 del 22/12/2023 e ad oggi vigente ***fino a nuove disposizioni degli enti regionali in merito a nuove metodologie di determinazione del personale***, in via di definizione, è predisposto tenendo conto di un'analisi globale degli impegni cui è tenuta questa Azienda, nel rispetto delle proprie caratteristiche e specifiche competenze nell'ambito del territorio, nel rispetto del proprio profilo giuridico, nonché in termini di obiettivi quali-quantitativi compatibili con le risorse finanziarie disponibili e in coerenza con la pianificazione pluriennale dell'attività e del piano della performance.

Il PTFP 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.971 del 22/12/2023.

Tabella 1

AA.OO./AA.OO.UU./IRCCS	PERSONALE AOU IN SERVIZIO 31.12.2021	PERSONALE UNIVERSITARIO IN SERVIZIO 31.12.2021	PERSONALE TOTALE IN SERVIZIO 31.12.2021	STANDARD AZIENDA DGRC 593/2020	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022 AOU	PTFP 2023 AOU	PTFP 2024 AOU
RUOLO SANITARIO	345	494	839	1.344	505	505	170	25	310
Dirigenti Medici	84	202	286	470	184	184	21	9	154
Dirigenti Sanitari	12	28	40	64	24	24	13	1	10
Personale del comparto area sanitaria	249	284	513	810	297	297	136	15	148
di cui personale infermieristico	209	216	425	636	211	211	109	10	92
RUOLO TECNICO	48	76	124	292	168	168	75	6	87
Dirigenti	2		2	12	10	10	-	1	9
Personale del comparto area tecnica	46	76	122	280	158	158	75	5	78
di cui OSS	39	18	57	208	149	149	75	5	69
di cui Assistenti Sociali			-		-	-			-
RUOLO PROFESSIONALE	-	-	-	7	7	7	-	3	4
Dirigenti			-	1	1	1			1
Personale del comparto area professionale			-	6	6	6		3	3
RUOLO AMMINISTRATIVO	9	123	132	219	88	88	68	9	11
Dirigenti	1	11	12	28	16	16	8	-	8
Personale del comparto area amministrativo	8	112	120	191	72	72	60	9	3
TOTALE	402	693	1.095	1.862	767	767	313	43	411

Obiettivi del Piano

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

Attivazione del Pronto Soccorso Generale (previa autorizzazione della Regione Campania)

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

Piano della formazione

IL QUADRO GENERALE

Per un'Azienda Ospedaliera 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. Nei mesi scorsi il Ministro e il Dipartimento dea Funzine Pubblica hanno a più riprese e in più occasioni sottolineato la centralità della formazione e dello sviluppo del capitale umano per la crescita ed il "successo" delle amministrazioni pubbliche tant'è che i recenti documenti governativi quali il "Patto per l'Innovazione del Lavoro Pubblico e la Coesione Sociale", nonché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), individuano la formazione e la riqualificazione del personale 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 quale ad esempio quella del 18/12/2019 - Delibera crediti obbligo formativo per il triennio 2020-2022 che ha ridisegnato 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 PAF

L'incontro della declinazione degli obiettivi TOP DOWN e BOTTOM UP fa sì che si esprima e si sviluppi il PAF. Sono

alla base del PAF tutte le normative cogenti sia in ambito di riorganizzazione del sistema sanitario, che quelle del

sistema ECM. In adempimento alle disposizioni normative vigenti il PAF si inserisce in un ampio quadro di linee di indirizzo regionali e nazionali per la definizione del sistema di qualità dell'ECM, quali l'Accordo Stato-Regioni del 19.4.2012, l'Accordo del febbraio 2017, le Determinazioni 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 PAF infatti, non può che esprimere gli obiettivi aziendali, regionali e nazionali, traducendoli in percorsi formativi che soddisfino le reali esigenze di sviluppo e/o mantenimento delle competenze di tutti gli operatori al fine di supportare l'attuale fase di innovazione e ristrutturazione dell'organizzazione aziendale.

L'ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI E LO SVILUPPO DEL PAF

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

La modalità di sviluppo del piano del triennio 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

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI (AREA TEMATICA A) – MIN. 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 SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI TECNICO-PROFESSIONALI (20)
TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO (21)
FRAGILITA' (MINORI, ANZIANI, TOSSICO-DIPENDENTI, SALUTE MENTALE) TUTELA DEGLI ASPETTI ASSISTENZIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI (22)

FARMACO EPIDEMIOLOGIA, FARMACOECONOMIA, 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. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (29)

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

OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO (AREA TEMATICA B) – MIN. SALUTE
DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA (3)
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA (4)
LA COMUNICAZIONE EFFICACE INTERNA, ESTERNA, CON PAZIENTE. E UMANIZZAZIONE DELLE CURE (12) LA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO (7)
MANAGEMENT SANITARIO. INNOVAZIONE GESTIONALE E SPERIMENTAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI (11)
METODOLOGIA E TECNICHE DI COMUNICAZIONE SOCIALE PER LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI DI PREVENZIONE PRIMARIA (13)
MULTICULTURALITA' E CULTURA DELL' ACCOGLIENZA. NELL' ATTIVITÀ SANITARIA (15)
EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO (30)
TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE e/o STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA E DALLE REGIONI/PROVINCE AUTONOME PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO (32)

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

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

APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP) (1)
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 COMMISSIONALE 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 Aziendale della Formazione sono i seguenti:

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

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

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

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

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

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

IL DOSSIER FORMATIVO

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



SEZIONE 4
Monitoraggio

4. MONITORAGGIO

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

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

La Tabella 1 riassume i sistemi di monitoraggio in essere presso l'AOU:

Tabella 1

Denominazione sistema di monitoraggio	Periodicità	Finalità	Strutture Responsabili
Monitoraggio reclami/segnalazioni URP	Trimestrale	Analisi quantitativa/qualitativa ed elaborazione di linee strategiche di sviluppo e miglioramento delle criticità segnalate.	URP
Monitoraggio spesa farmaceutica e dispositivi	Sistematica (quotidiana e mensile)	Controllare l'andamento dei costi per i beni di consumo sanitari sostenuti dalle singole Strutture, la compatibilità rispetto alle assegnazioni annuali budgetarie e la coerenza dell'andamento dei costi rispetto alla tipologia ed ai volumi di attività svolte (CDG). Controllare l'appropriatezza qualitativa delle richieste dei beni di consumo effettuate dai reparti (FARM).	Controllo di Gestione UOSD Farmacia
Monitoraggio utilizzo sale operatorie	Mensile	Il monitoraggio mensile ha l'obiettivo di rilevare eventuali criticità per avviare dei processi di miglioramento	UOS Gestione Attività Sanitarie Ospedaliere e FlussInformativi
Monitoraggio attività ambulatoriale/prime visite	Mensile	Valutazione allineamento domanda/offerta prime visite specialistiche ambulatoriali 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 FlussInformativi
Monitoraggio volumi attività ambulatoriale libero professionale e volumi attività ambulatoriale istituzionale	Mensile	Verificare l'andamento dei volumi dell'attività ambulatoriale libero professionale (ALPI) rispetto all'attività ambulatoriale istituzionale per singola struttura, per controllare il rispetto del rapporto tra volumi di attività istituzionale e volumi di ALPI.	UOS Gestione Attività Ambulatoriali, ALPI e adempimenti LEA

Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture, rispetto al trend storico e/o rispetto agli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture.	RPS Epidemiologia Valutativa
Sistemi di monitoraggio gestione pandemia: andamento ricoveri AreaCovid	Giornaliero	Monitoraggio del tasso di occupazione dei posti letto al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale del paziente Covid	Malattie Infettive
Monitoraggio vaccini	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei vaccini sulla base delle disposizioni legislative in materia legate alla situazione epidemica del momento	UOC Igiene Ospedaliera

Andamento contagi personale	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei contagi dei dipendenti AOU e assimilati	IPAS Sorveglianza Sanitaria
Monitoraggio costi del personale	Mensile	Andamento per teste e per costi correlati	UOC Gestione Risorse Umane/Controllo di gestione
Monitoraggio accordi/convenzioni	Trimestrale	Scadenziario	UOC Affari Generali
Monitoraggio andamento Lavori Pubblici	Mensile	Monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori	UOC Servizio Tecnico
Percorso attuativo di Certificabilità (PACC)- Attività di internal auditing Revisione Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Annuale	Verificare l'applicazione degli standard minimi di controllo interno nell'ambito del percorso Attuativo di Certificabilità (PACC).	UOC GEF/ Controllo Interno
Monitoraggio andamento economico -CE	Trimestrale	Monitoraggio dell'andamento del bilancio aziendale	UOC GEF
Monitoraggio tempi di pagamento 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
Ciclo della performance	Annuale con rilevazioni intermedie semestrali	risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance organizzativa delle strutture assistenziali DAI ed amministrative); i contributi individuali (performance individuali)	Direzione Generale

Modalità e strumenti digitali

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

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

TABELLA REFERENTI ANTICORRUZIONE

DI MARTINO	Rosaria	Capo Ufficio	Sistema Bibliotecario di Ateneo
RUONGO	Massimo	Capo Ufficio	U.O.C. Progettazione - Manutenzione e Patrimonio Immobiliare
LASERRA	Paola	Capo Ufficio	Ufficio Amministrativo per la sicurezza
SELLITTI	Luisa	Capo Ufficio	Ufficio Attivita' studentesche
LASTORIA	Maria	Capo Ufficio	Ufficio di Segreteria del Consiglio dei Direttori di Dipartimento e Commissione Protocollo Azienda, Università, Regione
SCIANO	Vincenzo	Capo Ufficio	Ufficio Fiscale
MOSCHELLA	Patrizia	Capo Ufficio	Ufficio Gestione personale tecnico amministrativo
TESTA	Rosa Maria	Capo Ufficio	Ufficio Patrimonio
DI STASIO	Liberatina	Capo Ufficio	Ufficio Pensioni
PARISI	Sonia	Capo Ufficio	Ufficio Performance e rapporti AOU
CIATTI	Alberto	Capo Ufficio	Ufficio Protocollo
DE VIVO	Fabiana	Capo Ufficio	Ufficio Reclutamento personale docente e ricercatore
MARGIASSO	Federico	Capo Ufficio	Ufficio Relazioni con il pubblico
AURICCHIO	Valentina	Capo Ufficio	Ufficio Segreteria Rettorato
AURICCHIO	Valentina	Capo Ufficio	Ufficio Segreteria Rettorato
COPPOLA	Ciro	Capo Ufficio	Ufficio Servizi generali
DE MARE	Vincenzo	Capo Ufficio	Ufficio Sistemi e Servizi Informatizzati
FEMIANO	Francesco	Capo Ufficio	Ufficio Stipendi
AGRESTI	Massimo	Direttore D.A.I.	D.A.I. di CHIRURGIA, ORTOPEDIA E EPATOGASTROENTEROLOGIA
CAPPABIANCA	Salvatore	Direttore D.A.I.	D.A.I. di Diagnostica per Immagini, Area Critica e Terapeutica
PAOLISSO	Salvatore	Direttore D.A.I.	D.A.I. di MEDICINA INTERNA, GERIATRIA E NEUROLOGIA
TARTARO	Gianpaolo	Direttore D.A.I.	D.A.I. di CHIRURGIA ORALE E STOMATOLOGIA, CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E RIABILITAZIONE
CATAPANO	Francesco	Direttore D.A.I.	D.A.I. di Salute Mentale
ESPOSITO	Giulia	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi
CASTROPIGNANO	Immacolata	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Affari Generali
NICOLETTI	Maria Teresa	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Affari Legali
PACE	Maria Caterina	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Anestesia, Analgesia e Rianimazione
DE FEO	Marisa	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Cardiocirurgia generale - Monaldi
AGRESTI	Massimo	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Chirurgia e Fisiopatologia Oncologica
DOCIMO	Ludovico	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Chirurgia Generale, Mininvasiva, Oncologia e dell'Obesita'
TARTARO	Gianpaolo	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Chirurgia Maxillo-Facciale
NICOLETTI	Giovanni Francesco	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Chirurgia Plastica
SIMONELLI	Francesca	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Clinica Oculistica
MONDA	Marcellino	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Dietetica, Medicina dello Sport e Benessere

			Psicofisico
ESPOSITO	Katherine	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
FEDERICO	Alessandro	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Epatogastroenterologia
BERRINO	Liberato	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza
PAOLISSO	Giuseppe	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Geriatria e Medicina Interna
MANGANIELLO	Concetta	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria
DE FRANCISCIS	Pasquale	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione
TESSITORE	Alessandro	Responsabile U.O.C.	U.O.C. I Neurologia e Neurofisiopatologia
CAPPABIANCA	Salvatore	Responsabile U.O.C.	U.O.C. I Radiologia
ANGELILLO	Italo Francesco	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Igiene Ospedaliera
NAPOLI	Claudio	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Immunologia dei Trapianti
IOLASCON	Giovanni	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
PERNA	Alessandra	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Nefrologia
CIARDIELLO	Fortunato	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Oncoematologia
MOTTA	Gaetano	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Otorinolaringoiatria
MOLINARI	Anna Maria	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Patologia Clinica e Molecolare
MIRAGLIA DEL GIUDICE	Emanuele	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Pediatria Generale e Specialistica
RAMMAIRONE	Giuliana	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Privacy, Anticorruzione, Trasparenza e Sicurezza
ESPOSITO	Lucio	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Progettazione - Manutenzione e Patrimonio Immobiliare
CATAPANO	Francesco	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Psichiatria
GALDERISI	Silvana	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Psichiatria d'Urgenza
GALDIERO	Massimiliano	Responsabile U.O.C.	U.O.C. Virologia e Microbiologia
RUGGIERO	Roberto	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Chirurgia Ambulatoriale
RULLO	Rosario	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Chirurgia dei Dismorfismi Facciali
SPERLONGANO	Pasquale	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Chirurgia Endocrina
D'AMATO	Salvatore	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Chirurgia Riabilitazione del Distretto Oro Maxillo Facciale
FERRARO	Giuseppe	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Chirurgia Ricostruttiva

TESSITORE	Alessandro	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Malattia di Parkinson ed Altri Disordini del Movimento
MELONE	Mariarosa Anna Beatrice	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Malattie Rare di Interesse Neurologico
LAMBERTI	Monica	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Medicina del Lavoro
RAMBALDI	Pier Francesco	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Medicina Nucleare
LABRIOLA	Domenico	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Pianificazione Familiare
MUCCI	Armida	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Psicoterapia
NIGRO	Gerardo	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Semi intensiva cardiologica e UTIC - Monaldi
PASSAVANTI	Maria Beatrice	Responsabile U.O.S.	U.O.S. Terapia del Dolore
FRANCO	Renato	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Anatomia e Istologia Patologica
DE SIO	Marco	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Urologia
CIMMINO	Giovanni	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Cardiologia
SELVAGGI	Francesco	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Chirurgia Coloretale
DOCIMO	Giovanni	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Chirurgia della Tiroide
GALIZIA	Gennaro	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Chirurgia Oncologica dell'Apparato Digerente
ARGENZIANO	Giuseppe	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Dermatologia
NAPOLITANO	Vincenzo	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Endoscopia Chirurgica
GAMBARDELLA	Antonio	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Geriatria Oncologica
SALVATORE	Teresa	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Medicina delle comunità
GIMIGLIANO	Francesca	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Medicina riabilitativa Generale e Specialistica
CAPRISTO	Carlo	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Neonatologia
CAROTENUTO	Marco	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile
POLA	Enrico	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Ortopedia
GRELLA	Edoardo	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Prevenzione e Riabilitazione Malattie Broncopolmonari
FERRARO	Fausto	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Terapia Intensiva

CARPENTIERI	Mauro	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Terapia Intensiva Neonatale
BIFANI SCONOCCHIA	Mario	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.D. Trapianti Corneali
ANNIBALE	Rosa	Responsabile U.O.S.D.	U.O.S.I.D. Farmacia Ospedaliera
PERROTTA	Silverio	Responsabile U.O.S.D.	Unità di Programma Ematologia e Oncologia Pediatrica
NIGRO	Vincenzo	Responsabile U.O.S.I.D.	U.O.S.D. Genetica Medica e Cardiomiologia