

P.I.A.O.

**A.O.U. “Federico II” di
Napoli**

anni: 2022-2024

INDICE

PREMESSA	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	4
1.1 L’A.O.U. “Federico II”.....	4
1.2 L’attività dell’A.O.U. “Federico II”.....	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANITICORRUZIONE	7
2.1 <i>Valore Pubblico</i>	7
2.1.1 Mandato istituzionale e missione.....	8
2.1.2 Visione dell’azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale.....	11
2.1.3 L'accessibilità digitale.....	12
2.1.4 L'accessibilità fisica.....	13
2.2 <i>Performance</i>	15
2.2.1 Albero della Performance.....	19
2.2.2 Il processo di definizione degli obiettivi strategici.....	22
2.2.3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi - il ciclo della performance.....	27
2.2.4 Obiettivi D.A.I. ed Obiettivi UU.OO.CC. Tecniche-amm.ve e Staff Direzione Strategica anno 2022.....	28
2.2.5 La valutazione del personale.....	42
2.3 <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i>	44
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno.....	44
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno.....	47
2.3.3 Mappatura dei processi.....	49
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi.....	71
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.....	72
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....	79
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....	80
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	89
3.1 Struttura organizzativa.....	89
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	95
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	97
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	99
4.1 Comunicazione del P.I.A.O.....	99

PREMESSA

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

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

Il presente piano intende:

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

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

Il presente piano è stato redatto in un momento storico caratterizzato da un cambiamento organizzativo dell'A.O.U. Federico II, in ragione dell'imminente insediamento del nuovo Direttore Generale (Delibera della Giunta Regionale n. 327 del 21/06/2022).

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II per il triennio 2022-2024 e sarà aggiornato annualmente in coerenza con gli indirizzi di programmazione strategica regionale e con le modifiche del contesto di riferimento, nonché delle modalità interne di funzionamento dell'Azienda.

Si specifica che il presente Piano è stato redatto secondo una logica di continuità con le attività finora programmate e poste in essere, con l'impegno alla futura revisione delle stesse in virtù di nuovi indirizzi strategici.

1. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

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

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

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

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

- **Responsabilizzazione diffusa del personale**, per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli, assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e con il proprio ruolo lavorativo;
- **Flessibilità**, per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo, al fine della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione e delle risorse a disposizione;
- **Dinamicità governata**, essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna ad introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo;
- **Innovazione**, l'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative.

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

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

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

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

2.1.1 Mandato istituzionale e Missione

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

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

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

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

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

Ciò ovviamente comporta, da un lato, la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli assistenti in formazione (AIF), degli studenti di corsi di laurea

delle professioni sanitarie e, dall'altro, la necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni primari della popolazione della provincia di Napoli e dell'intera Regione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 L'accessibilità digitale

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

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

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

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

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

- 1 **Integrazione dei servizi locali**: gestione dell'integrazione verso i sistemi verticali e verso i sistemi clinici/sanitari attraverso la predisposizione di un layer di integrazione finalizzato alla gestione dei flussi applicativi presenti all'interno del SIO;

2 **Integrazione verso i servizi regionali e nazionali:** gestione integrazione verso i servizi regionali attraverso la predisposizione di un layer di integrazione per l'interoperabilità con FSE-INI, SINFONIA, PAGO PA (HL7Bridge Lista Attesa, HL7Bridge CUP Regionale, HL7Bridge HUB CCE);

3 **Data Clinical Repository:** installazione di un repository per la storicizzazione e consultazione di documenti, al fine di favorirne la condivisione tra i sistemi verticali dell'Azienda ed i sistemi regionali/nazionali.

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

- Installazione di una piattaforma unica di integrazione e collaborazione - Enterprise Service Bus (ESB);
- Attestazione di tutti i sistemi informativi aziendali su l'ESB;
- Installazione del Clinical Data Repository;
- Integrazione dei servizi di integrazione verso i servizi regionali e nazionali.

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

Tali strumenti consentono ai cittadini di accedere ai seguenti servizi:

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

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

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

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

2.1.4 L'accessibilità fisica

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

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

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

Si sintetizzano, di seguito, ulteriori obiettivi in termini di accessibilità, utili alla creazione di valore pubblico:

- Ampliamento di spazi riservati alla sosta dei veicoli di persone con disabilità titolare di contrassegno unificato disabile europeo;

- Rifacimento del manto stradale;
- Aggiornamento e rifacimento della segnaletica verticale ed orizzontale finalizzato a migliorare la visibilità e l'individuazione delle strutture assistenziali;
- Acquisto di una navetta interna in modo da minimizzare il flusso di veicoli circolanti all'interno dell'Azienda e, di conseguenza, massimizzare l'efficienza del servizio

2.2 Performance

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

Il Piano è stato predisposto in un contesto caratterizzato dall'emergenza COVID - 19 ancora in corso. Pur rimanendo l'incertezza dell'evoluzione della pandemia, questa attualmente risulta in fase calante, pertanto le linee strategiche aziendali sono direttamente collegate al pieno ripristino delle attività e dell'organizzazione esistenti nel periodo pre COVID - 19.

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

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli con Deliberazione del Direttore Generale n. 145 del 24.02.2022 ha adottato, ai sensi degli artt.10 comma 1, lettera a) e 15, comma 2, lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009. n. 150 e ss.mm.ii., il Piano della performance 2022 – 2024, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell'Azienda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano si pone, quindi, l'obiettivo di costituire:

- una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda ed è, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti;
- una specifica linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

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

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

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

L'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha imposto modifiche nelle modalità di erogazione dei servizi, coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica descritta nel Piano e rendendo necessaria un'importante riorganizzazione delle

attività, al fine di adattare i servizi ai bisogni emergenti correlati alla pandemia e alle nuove disposizioni normative ministeriali e regionali.

L'A.O.U. Federico II, recependo le disposizioni dell'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza Epidemiologica, ha disposto nella prima fase dell'emergenza la sospensione dei ricoveri programmati e delle attività ambulatoriali non urgenti, garantendo le prestazioni di ricovero ordinario urgenti o non differibili e/o legate alle reti tempo dipendenti (Rete Infarto Miocardico Acuto, Rete Stroke, prestazioni di Pronto Soccorso Ostetrico, etc.), i ricoveri in Day Hospital terapeutico e tutte le prestazioni di chemioterapia, radioterapia, oncoematologia, medicina nucleare, dialisi, camera iperbarica, PMA, IVG, emostasi e trombosi, attività del Centro Trasfusionale e gli interventi diagnostico/terapeutici relativi a patologie con carattere di non procrastinabilità. Inoltre, ha reso prenotabili le prestazioni ambulatoriali con carattere di urgenza con codice di priorità U e B per le "prime visite/primi accessi", mentre le "visite di controllo/accessi successivi al primo" sono erogabili a discrezione del medico che ha effettuato la presa in carico assistenziale del paziente, in relazione alla gravità della patologia in oggetto e/o alle necessità assistenziali nell'ambito del follow-up.

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

In relazione al Programma Operativo della Regione Campania e in qualità di soggetto attuatore l'A.O.U. Federico II ha attivi, al 31/12/2021, n. 69 posti letto attivi per i pazienti COVID-19 di cui:

- 67 posti letto di Degenza ordinaria;
- 2 posti letto di Terapie Intensiva.

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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi, dunque, sono in continua evoluzione per il carattere di variabilità del fenomeno pandemico e impongono un monitoraggio continuo al fine di intervenire con correttivi e/o rimodulazioni in corso d'anno. La stesura e l'applicazione di protocolli e procedure COVID-19, la rimodulazione di spazi e percorsi per la sicurezza del personale e dei pazienti, la programmazione di acquisti, l'introduzione di una contabilità separata dei costi COVID, il rispetto di tutte le misure di prevenzione e sicurezza legati, la trasmissione dei flussi informativi, tutte attività che assumono un ruolo ancora più pregnante.

Confronto dati di attività degli esercizi 2019 - 2020 - 2021

Come già riportato nel Piano Triennale della Performance 2022 – 2024 - Del. n. 145 del 24/02/2022, l'A.O.U. "Federico II" ha effettuato nel 2019, 2020 e 2021 in maniera, integrata con l'attività didattica e scientifica, i seguenti volumi di attività assistenziale istituzionale:

Tabella 1 - Dati di attività*

	2021	2020	2019
casi RO**	20.396	19.491	23.786
giornate di degenza RO	137.953	151.745	175.052
accessi DH**	76.020	80.317	115.238
prestazioni ambulatoriali (totali)***	490.300	344.586	604.580

*Dati aggiornati al 31/12/2021

** Fonte dati ADT

*** Prestazioni ambulatoriali totali per interni ed esterni. Fonte dati SGP.

L'A.O.U. Federico II, recependo le disposizioni dell'Unità di Crisi Regionale per l'Emergenza Epidemiologica ha disposto nella prima fase dell'emergenza la sospensione dei ricoveri programmati e delle attività ambulatoriali non urgenti.

Nell'anno 2021, invece, si osserva un aumento delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri rispetto al 2020, grazie alla ripresa a pieno regime delle stesse.

2.2.1 Albero della Performance

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

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

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

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

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

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su tre livelli:

1° Livello: Aree Strategiche

2° Livello: Obiettivi Strategici Aziendali

3° Livello: Obiettivi Operativi/Specifici

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

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

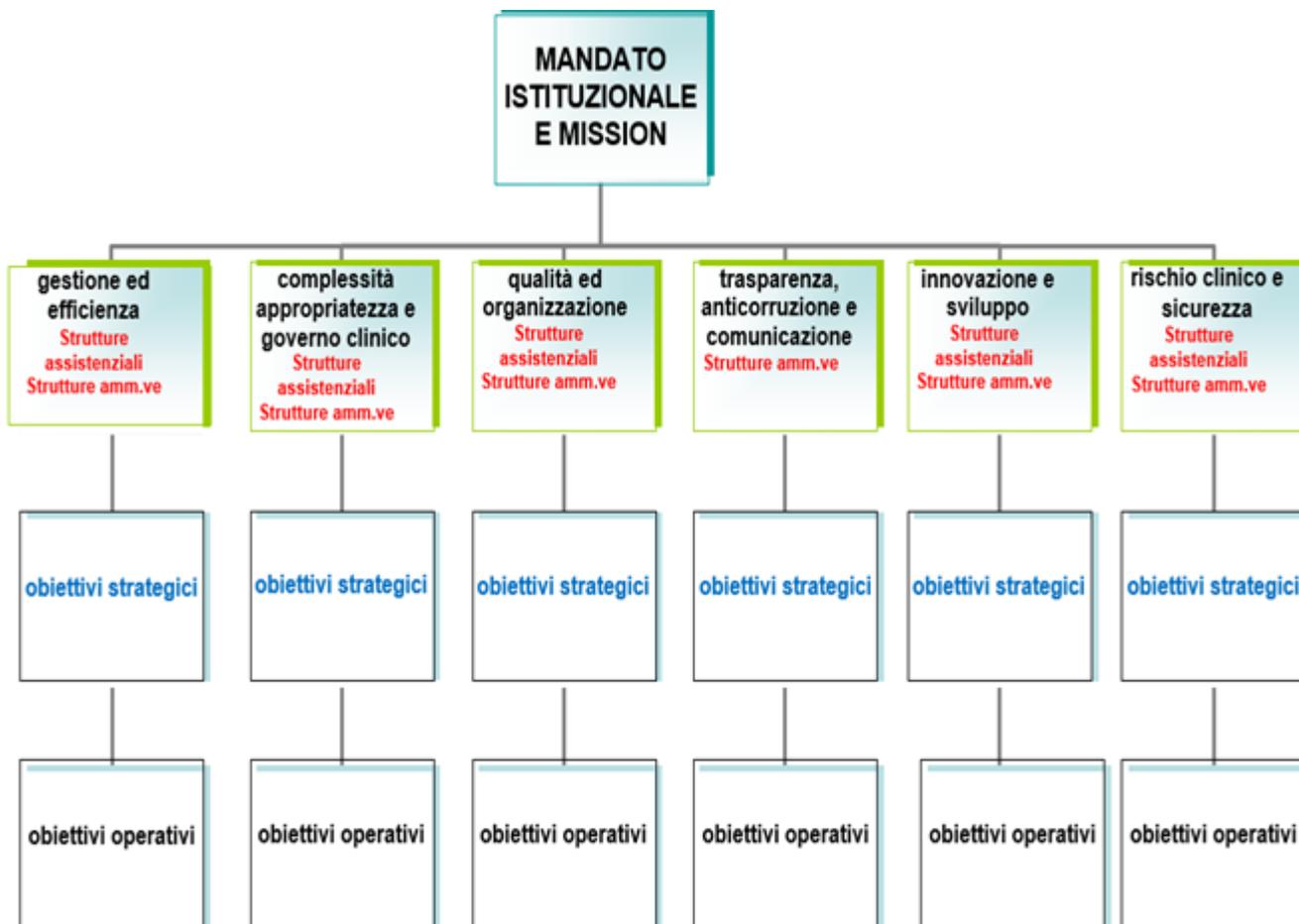
Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area della gestione e dell'efficienza
2. Area dell'appropriatezza, della complessità e governo clinico
3. Area della qualità ed organizzazione
4. Area della trasparenza e comunicazione
5. Area dell'innovazione e dello sviluppo
6. Area del rischio clinico e della sicurezza

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

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

Figura 1: Albero della Performance



2.2.2 Il processo di definizione degli obiettivi strategici

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

- Delibera della Giunta Regionale n. 374 del 06/08/2019 “Nomina Direttore Generale dell'azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli;
- Delibera della Giunta Regionale n. 586 del 21/11/2019 “Presenza d'atto e recepimento del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con decreto commissariale n. 94 del 21/11/2019, ai fini dell'uscita dal commissariamento”
- Decreto del Commissario ad Acta n. 33 del 17/05/2016 “Piano Regionale di programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 14 del 1/03/2017 “Programma Operativo 2016-2018”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 103 del 28/12/2018 “Piano Regionale della Programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 99 del 14/12/2018 “Piano triennale 2019 – 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2 c. 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- Protocollo di intesa Regione – Università 2016 - 2018, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini campani.

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

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

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

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

Le prospettive e le scelte strategiche che l’Azienda intende effettuare per il triennio 2022 – 2024 sintetizzate, quantitativamente, nel bilancio di previsione, tengono conto di una serie di elementi quali:

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

Gli obiettivi di cui alla Delibera di nomina Direttore Generale DGR n. 374 del 06/08/2019 sono rappresentati nelle tabelle sottostanti, distinti in obiettivi di carattere generale ed obiettivi specifici:

Tabella 2 - Obiettivi di carattere generale (D.G.R. n. 374 del 06/08/2019)

1	Raggiungimento dell’ equilibrio economico dell’azienda sanitaria
2	Rispetto dei tempi di pagamento
3	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili , nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali , attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità
4	Adozione e l’attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018)
5	Predisposizione e l’attuazione del nuovo atto aziendale , in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete territoriale
6	Adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi, ed il rispetto del Protocollo di Intesa

Tabella 3 - Obiettivi specifici (D.G.R. n. 374 del 06/08/2019)

1	Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (attraverso specifici indicatori della cosiddetta ‘Griglia LEA’ - punto E degli Adempimenti LEA), allegato A) seguente o dei nuovi obiettivi fissati dal “Nuovo Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza” a far data dalla loro adozione
2	Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie
3	Continuità, completezza e qualità nell’alimentazione dei flussi informativi
4	Obiettivi tematici di cui l’ allegato B) seguente

Con riferimento alla cosiddetta “Griglia LEA” – Allegato A ed “Indicatori tematici” - Allegato B della Delibera di nomina Direttore Generale D.G.R. n. 374 del 06/08/2019, l’Azienda con Deliberazione n. 115 del 30.01.2020, n. 273 del 09.04.2021 e n. 145 del 24.02.2022 ha adottato rispettivamente i Piani della performance per i trienni 2020 – 2022, 2021 – 2023 e 2022 – 2024 definendo, per gli anni 2020-2021-2022, i target da raggiungere per ciascun indicatore.

Obiettivi che a cascata, come riportato nel sotto – paragrafo 2.2.4, sono stati assegnati alle Strutture.

Allegato A – Griglia Lea

N.	Definizione	
1	1.1 Mantenimento per l’intero mandato del n° ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite dell’anno 2018	- Asma pediatrica. Diagnosi principale: codice ICD9CM 493.xx (tutti i tipi di asma). Età: < 18 anni. Esclusione: MDC 14 e MDC 15 - Gastroenterite pediatrica. Diagnosi principale: 008.6x, 008.8, 009.x, 5589. Età: < 18 anni. Esclusione: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390.
	1.2 Mantenimento per l’intero mandato dei ricoveri ordinari in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all’anno 2018	- Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x oppure 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x. Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura.
2	2.1 Riduzione del 70% nell’arco l’intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all’anno 2018	Ricoveri anno 2018 = 11.782
	2.2 Riduzione del 70% nell’arco dell’intero mandato degli accessi di tipo medico rispetto all’anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018 = 71.851
3	Mantenimento rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Rapporto anno 2018= 0,21
4	Percentuale parti cesarei primari	Garantire un valore ricompreso tra 20,01% e 24,00%
5	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Garantire un valore >= 60,00%

Allegato B – Indicatori tematici

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici
NUMERATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
DENOMINATORE	Numero di dimessi da reparti chirurgici
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiologia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery . Sono esclusi : I dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD)- CM di procedura : 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) I Dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile).
RIFERIMENTO	> 25%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
NUMERATORE	Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
DENOMINATORE	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono inclusi solo i presidi pubblici . L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione . Codifiche ICD-9 CM ; codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia , 36 ortopedia e traumatologia , 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia : selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513 Pancreas: intervento principale 528) I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento ; i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione
RIFERIMENTO	1,4 giorni
FONTE	Sistema Informativo Sdo
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Assistenza ospedaliera
DEFINIZIONE	Percentuale di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
NUMERATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia
DENOMINATORE	Numero di dimissioni in regime ordinario di riabilitazione
NOTE PER L'ELABORAZIONE	
RIFERIMENTO	<= 20%
FONTE	Sistema informativo SDO
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Flussi informativi NSIS
DEFINIZIONE	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM
NOTE PER L'ELABORAZIONE	Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento 2001 presa come riferimento.
RIFERIMENTO	L'obbligo del rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS deve essere garantito per l'intero mandato
FONTE	Nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019
LIVELLO	Azienda di erogazione

AREA	Programma Nazionale ESITI (PNE)
DEFINIZIONE	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO
NOTE PER L'ELABORAZIONE	AUDIT di verifica della qualità di codifica
RIFERIMENTO	Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale " Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO "
	≥ 80% primo anno
	100% anni successivi
FONTE	Relazione del Gruppo tematico in merito al grado di adesione
LIVELLO	Azienda di erogazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.4 Obiettivi D.A.I. ed Obiettivi UU.OO.CC. Tecniche-amm.ve e Staff Direzione Strategica anno 2022

Di seguito si riportano gli obiettivi specifici individuati per le strutture assistenziali e quelle amministrative per l'anno 2022, nell'ambito delle macro categorie individuate nel precedente Albero della Performance di cui al sotto – paragrafo 2.2.1.

1. Obiettivi Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali, UU.OO.CC. tecniche amministrative e Staff Direzione Strategica anno 2022 A.O.U. Federico II:



OBIETTIVI ANNO 2022

Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenziali

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto tempistica flussi SDO in RO come previsto dalla Regione	Monitoraggio e consegna ai referenti SDO di un report mensile (il 15 di ogni mese) delle schede ancora non storicizzate	Redazione report di monitoraggio delle schede non storicizzate e invio ai referenti SDO	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report mensile
	Razionalizzazione della spesa sanitaria per il personale con ruolo sanitario	Efficientazione dell' utilizzo delle ore di lavoro straordinario da parte dei Dipartimenti Assistenziali Integrati (DD.AA.II.)	Applicazione del Piano di Programmazione e di Monitoraggio delle ore di lavoro straordinario del DD.AA.II. relativamente al personale dirigente medico, infermieristico e OSS	Applicazione della Scheda Integrata di Programmazione e Monitoraggio annuale per ciascun D.A.I per il 2022	Applicazione del Piano di Programmazione e di Monitoraggio delle ore di lavoro straordinario da applicare perifericamente dal 01/01/2022	Agosto - Dicembre 2022	Relazione/Report
Appropriatezza	Riduzione dei DH medico diagnostici	Implementazione PACC per il miglioramento dell'appropriatezza dei DH medico diagnostici	Attivazione nuovi PACC	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Implementazione PACC per il miglioramento dell'appropriatezza dei DH medico diagnostici (AREA ONCOLOGICA - GOM)	Attivazione nuovi PACC	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Qualità Appropriatezza	Implementazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Monitoraggio semestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report	Redazione report di monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report monitoraggio
		Audit dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	Eseguire Audit dipartimentali e relazione di analisi dei singoli casi	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione e verbali di audit
	Ottimizzazione del processo del buon uso del sangue ed emoderivati	Controllo nuova procedura per la riduzione del ricorso alla trasfusione (PBM)	Redazione della procedura	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Procedura
		Sensibilizzazione del personale alla donazione	Almeno n. 1 incontri nel II semestre 2022	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Verbali e n. Partecipanti
Rischio Clinico	Monitoraggio sull'implementazione delle raccomandazioni sul rischio clinico	Audit (Dipartimento e/o Unità Operativa) per ciascun evento caduta segnalato		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione e verbali
Qualità e organizzazione	Adozione di strumenti di rilevazione del rischio clinico e riduzione del contenzioso	Aggiornamento della mappatura aziendale su rischio clinico e costruzione di data base relativo	Analisi dei sinistri e creazione del data base	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report/data base redatti dal DAI
Informatizzazione	Rispetto alimentazione dei dati Agenas per la ROC	Monitoraggio e consegna dell'alimentazione dei dati relativi al flusso delle schede AGENAS per la ROC	Redazione report monitoraggio	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.



OBIETTIVI ANNO 2022

U.O.C. Farmacia Centralizzata

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Rispetto tempistica flussi informativi verso la Regione	Rispetto della tempistica dell'invio dei flussi NSIS su piattaforma Sinfonia		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report delle date di invio dei flussi
Rischio Clinico	Favorire la corretta gestione di farmaci e dispositivi medici	Ispezioni presso i reparti al fine di verificare e garantire la corretta gestione di farmaci e dispositivi, con relazione sull'esito delle stesse ed eventuali proposte di miglioramento		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Appropriatezza	Rispetto del protocollo aziendale per l'uso appropriato dell'albumina umana Del. del Direttore Generale n. 118 del 23.02.2021	Monitoraggio sull'utilizzo appropriato dell'albumina umana e sul rispetto del Protocollo aziendale relativo		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

U.O.C. Gestione risorse economico-finanziarie

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA	
Efficienza	Certificabilità dei dati in Bilancio	Aggiornamento e revisione dei coretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso l'implementazione di procedure di verifica della corretta implementazione del PAC.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse	Monitoraggio semestrale delle scorte dei magazzini, ponendo l'attenzione per le strutture che presentino anomalie nella costituzione delle scorte.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
	Efficienza nella gestione dei pagamenti alle ditte fornitrici		Tempestività nell'emissione dei mandati di pagamento relativi ai Provvedimenti di liquidazione delle fatture.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
			Ulteriore miglioramento dei tempi di pagamento rispetto all'esercizio precedente.		SI/NO	SI		
			Analisi e puntuale verifica della debitoria con la rilevazione per i debiti progressi di insussistenze attive del passivo.		SI/NO	SI		
	Efficienza nella gestione dei crediti esigibili	Tempestiva regolarizzazione degli incassi, con puntuale verifica e riduzione dei crediti (in particolare quelli progressi) rispetto all'esercizio precedente.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
Ottimizzazione delle risorse destinate all'emergenza COVID - 19	Puntuale rendicontazione delle spese connesse all'emergenza Covid - 19, ai sensi della DGRC n. 378/2020		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione		
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1, par. 3.2, box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo-contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione	
	Analisi e pianificazione del contesto interno aziendale finalizzato alla realizzazione di un piano di Internal Auditing.	Redazione di un regolamento di Internal Auditing che investa tutti i processi aziendali e soprattutto quelli già attenzionati con specifiche osservazioni da parte della Regione Campania e della Corte Dei Conti.		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Delibera di approvazione	

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

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

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Ottimizzazione del patrimonio edile e impiantistico	Censimento impianti gas medicinali ossigeno aria e protossido di azoto Ed.11-12		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Aggiornamento antincendio cunicolo pulito		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Aggiornamento planimetrico delle destinazioni d'uso dei locali degli edifici 5-6	Restituzione digitale dei rilievi	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Planimetrie
Informatizzazione	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
		Completamento dell'implementazione del Sistema Informativo amministrativo	Adozione delle procedure informatiche sulla nuova piattaforma LAPIS per Determinine	Ricognizione e stesura documentazioni	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1, par. 3.2, box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo-contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

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

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Implementazione ed utilizzo di sistemi informativi	Informatizzazione WBS AOU- Caleido CEINGE (prestazioni ambulatoriali)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Digitalizzazione dei processi associati al sistema di workflow chemioterapico		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	
		Completamento implementazione dell'applicativo sw sale operatorie		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	
Efficienza	Ottimizzazione tempi dei processi tecnico - amministrativi	Riduzione dei tempi di manutenzione strutture e apparecchiature rispetto al 2021		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

U.O.C. Gestione Acquisizione di beni e servizi

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Trasparenza	Migliorare la comunicazione esterna e interna dell'AOU	Elaborare report per gli affidamenti di importo inferiore a 40.000 euro nel periodo agosto - dicembre e pubblicare in amministrazione trasparente	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Promozione e semplificazione dei processi	Redazione di una proposta di Regolamento aziendale finalizzato all'accorpamento dei fabbisogni annui dei D.A.L. e delle U.O.C. tecniche e amministrative per acquisizioni di arredi ufficio e sanitari		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Proposta/Relazione
Efficienza	Ottimizzare i tempi di espletamento dei procedimenti di gara	Fornire supporto al RUP nell'espletamento delle proprie funzioni/attività		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Monitoraggio dei tempi impiegati dalle Commissioni di gara ed inoltro di eventuali solleciti in caso di ritardi	Elaborare report monitoraggio	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report monitoraggio
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

U.O.C. Gestione Risorse Umane

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Migliorare i processi di organizzazione e gestione delle risorse umane	Proposta di Regolamento aziendale su orario di lavoro		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Proposta/Relazione
	Trasparenza	Richieste di verifica autocertificazioni per tutti gli assunti a tempo indeterminato aziendali		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Rispetto tempistica flussi informativi verso la Regione	Rispetto della tempistica dell'invio dei flussi su piattaforma Sinfonia dei dati relativi al personale aziendale e agli specialisti ambulatoriali (DCA 53/2019 - DCA 55/2019)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report delle date di invio dei flussi
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022

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

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Sicurezza	Migliorare le condizioni di sicurezza dei lavoratori	Aggiornamento Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Revisione Documento Riunioni e sopralluoghi	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	SGSA aggiornato, deliberato o approvato in riunione periodica
		Formazione del Personale per il conseguimento dell'attestazione per addetti ad Alto Rischio Incendio con apposito Corso Antincendio di durata pari a 16h per edizione	Realizzazione Corso Antincendio di durata pari a 16h per edizione	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Corso effettuato e deliberato
		Aggiornamento Allegati DVR (riguardanti nuovi fattori di rischio, anche derivanti dall'implementazione di nuove attività)	Revisione Allegati Riunioni e sopralluoghi	SI/NO	SI		Allegati aggiornati, deliberati o approvati in riunione periodica
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
U.O.C. Gestione Affari Generali

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Efficienza nei pagamenti - monitoraggio dei tempi di istruttoria	Monitoraggio dei tempi di emissione dei nuovi ordini per affidamenti incarichi legali	Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del processo di cui alle seguenti fasi: FASE 1 - Ricezione proforma fattura dagli Affari Legali FASE 2 - Creazione ordine e invio tramite il canale NSO dedicato- FASE 3 - Notifica ordine agli Affari Legali	n. giorni	10 giorni	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Efficienza nei pagamenti - Riduzione dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi delle attività necessarie per la fase liquidatoria delle fatture elettroniche	Completamento, nei tempi medi segnalati a margine, del processo di cui alle seguenti fasi: FASE 1 - Ricezione delle fatture elettroniche sulla piattaforma SIAC - Trasmissione fatture alle strutture il cui budget grava sull'UOC Gestione Affari Generali; FASE 2 - Acquisizione delle fatture da parte delle strutture di competenza, unitamente all'attestazione di regolare esecuzione delle stesse, ove prevista FASE 3 - verifica della conformità della documentazione prodotta e attivazione della fase di liquidazione sulla piattaforma informatica, con emissione finale di provvedimento di liquidazione FASE 4 - trasmissione all'U.O.C. Gestione Risorse Economico-Finanziarie del provvedimento di liquidazione	n. giorni	20 giorni	Agosto - Dicembre 2022	Report
Trasparenza e Comunicazione	Promozione e semplificazione dei processi	Miglioramento della comunicazione e semplificazione delle procedure di convenzionamento con le Associazioni di volontariato	Redazione di un Regolamento che disciplini lo svolgimento dell'attività di volontariato all'interno dell'A.O.U. Federico II	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Deliberazione
	Migliorare la comunicazione e i flussi informativi verso l'esterno	Istruzioni per lo svolgimento, presso l'Azienda, di attività formative professionalizzanti fuori rete da parte di personale medico iscritto alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria in ambito nazionale	Predisposizione di una modulistica a tendina, disponibile sul portale aziendale, nell'apposita sezione, in collaborazione con il referente del sito web aziendale, a favore del personale medico, iscritto alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, proveniente da vari Atenei nazionali, che intende svolgere, presso l'A.O.U. Federico II, attività di formazione professionalizzanti fuori dalla rete formativa	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Pubblicazione sul sito web aziendale
Partecipazione a progetti/eventi	Partecipazione a progetti di ricerca e innovazione	Coinvolgimento dell'Azienda in nuove proposte progettuali	Attività propedeutiche alla partecipazione ad almeno n. 1 progetto, come partner del consorzio oppure come soggetto interessato/collaboratore	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Lettera di invito da parte del coordinatore del progetto
		Attività orizzontali per la partecipazione dell'AOU ad attività collaborative utili ad individuare soluzioni innovative (tecnologiche, organizzative etc) per l'erogazione dei servizi	Divulgazione: Organizzazione webinar informativi; Organizzazione workshop internazionali; partecipazione a documenti/publicazioni di consenso, ed altri documenti di carattere regionale/nazionale/internazionale Internazionalizzazione/Collaborazioni Nazionali/Internazionali: Partecipazione a networks internazionali	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report riassuntivo delle attività di divulgazione svolte; Report delle attività di internazionalizzazione
Trasparenza	Analisi del contesto interno aziendale, definizione degli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo (Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione 2019; Allegato 1; par. 3.2; box 4)	Aggiornamento graduale dei processi della UOC a partire dalla Del. del DG n. 897 del 21/12/2017 "Aggiornamento della mappatura dei processi amministrativo/contabili, di cui al Regolamento procedure di controllo interno dell'A.O.U. Federico II, adottato con deliberazione n. 290 del 16.06.2014"	Mappatura dei processi della struttura, con riguardo alle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione individuate nell'ambito dell'analisi del contesto interno aziendale	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
IO Comunicazione, URP e Ufficio Stampa

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Comunicazione organizzativa	Migliorare la comunicazione interna ed esterna, il rapporto con i media e le relazioni con il pubblico, favorire l'innovazione digitale al servizio del cittadino	Comunicare i servizi e le eccellenze assistenziali dell'AOU Federico II	Pubblicazione di almeno n. 45 articoli e news sui canali istituzionali aziendali (e pubblicazione di articoli e/o video sui media locali e nazionali connesse ai servizi assistenziali).	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
		Implementare la gestione delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti attraverso applicativo gestionale dedicato	Adozione ed utilizzo dell'applicativo per la gestione, il monitoraggio e la reportistica delle segnalazioni e dei reclami	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
		Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti	Proposta questionario di soddisfazione dell'utenza ed identificazione delle modalità di somministrazione	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
IO Segreteria generale, coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali
Protocollo generale - Albo pretorio

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2021	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Informatizzazione	Migliorare la gestione documentale dematerializzata	Prosecuzione utilizzo software Gestione delibere/determinazioni		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
		Prosecuzione nell'utilizzo del Protocollo Informativo (D. lgs. 30 marzo 2001, n° 165)		SI/NO	SI		

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
IO Logistica e mobilità interna

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Comunicazione organizzativa	Migliorare la comunicazione interna ed esterna	Aggiornamento della segnaletica verticale (interna ed esterna) ed orizzontale (strisce pavimentazione stradale) secondo le indicazioni della Direzione Strategica		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
Efficienza	Monitoraggio accessi	Effettuare periodici presidi di controllo ai varchi di entrata ed uscita al fine di verificare la regolarità e il rispetto delle disposizioni indicate nel Regolamento della Viabilità Interna dell'A.O.U. Federico II		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione
	Migliorare l'efficienza nei pagamenti	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
Affari Legali
I.O. Gestione contenzioso civile e transazioni, Gestione contenzioso civile e amministrativo, Gestione contenzioso lavoro e penale

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Rispetto dei tempi di pagamento	Liquidazione delle fatture entro 15 giorni		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Report
	Chiusura sulla piattaforma legal app dei giudizi definiti	Aggiornamento sulla piattaforma legal app dei giudizi definiti		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
IO Formazione Risorse Umane

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Formazione e aggiornamento	Favorire la formazione e aggiornamento professionale	Attivazione di almeno n. 3 corsi sulla rianimazione cardiopolmonare adulti di base, defibrillazione precoce e manovre di disostruzione da corpo estraneo (BLSD)	Realizzare 3 corsi sulla rianimazione cardiopolmonare di max 25 partecipanti ciascuno indirizzati in particolare al personale dell'Austoparco e all'UOC di Oncologia Medica.	SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

OBIETTIVI ANNO 2022
Staff Direzione Strategica
Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	TARGET 2022	PERIODO DI RIFERIMENTO	STRUMENTO DI VERIFICA
Efficienza	Adozione delle linee guida della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione DCA n. 67 del 30/08/2019	Proseguimento alimentazione piattaforma (compatibilmente con le disposizioni della Direzione Strategica)		SI/NO	SI	Agosto - Dicembre 2022	Relazione

* Per ogni categoria di obiettivi, sono stati individuati uno o più obiettivi aziendali. A ciascuno di questi ultimi, è associato un indicatore volto alla misurazione del grado di raggiungimento dello stesso, in relazione al target fissato per l'anno 2022. La relazione sul raggiungimento degli obiettivi dovrà pervenire entro il 31/01/2023.

2. Obiettivi D.A.I. anno 2022 A.O.U. Federico II:

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	51%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in RO, in DI e in OS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	N. 1 UOC SI N. 7 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative al DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegati)	RO afferenti a DRG ad alto rischio di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegati)	% di rischio inappropriato/RO DRG non a rischio inappropriato	Agosto - Dicembre 2022	20,9%	<= 21%	0,05	
Qualità Appropriatezza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Optimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria	% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,05		Schede di sorveglianza epidemiologica
Qualità Appropriatezza	Migliorare i processi di sorveglianza e assistenza	Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05		
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	34%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	67%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adezione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report	Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***		
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. 161 casi	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. 12.840 casi	-30%	0,10				
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	36%	< 25%	0,05				
		Riduzione giornate di degenza media precedenti intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	1,4	<= 1,4 giorni	0,05				
		Posizionamento di 100 cateteri PICC per pazienti esternali non in regime di ricovero ordinario		N. PICC	Agosto - Dicembre 2022	\	N. 100 PICC	0,025			Report	Direzione Sanitaria Dott. Barbarino
		Ricovero di almeno il 30 % dei ricoveri totali provenienti dal territorio presso il reparto di rianimazione		% ricoveri totali provenienti dal territorio ricoverati presso il reparto di rianimazione	Agosto - Dicembre 2022	\	30%	0,025			Report/Relazione	Direzione Sanitaria Dott.ssa Rubba
		Incremento del 10% delle prime visite necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene		% incremento delle prime visite necessarie all'immissione in lista d'attesa per trapianto di rene	Agosto - Dicembre 2022	\	10%	0,050	Direzione Sanitaria Dott.ssa Rubba			
									1,00			

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP/LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidìo
		Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS	S/ NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidìo
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriata	Autocollaborazione delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'Art. 9 Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/NO DRG non a rischio inappropriata	Agosto - Dicembre 2022	155%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidìo
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	>utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UDC Farmacia Dott.ssa Voza
Qualità Appropriatezza	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,025		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Ragni, Prof. Palladino
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di anamnesi trasfusione del sangue ed invio al DA di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	In moduli inviati e DAMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	69,5%	100%	0,025	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (cadute)	Compilazione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute sul 2% dei ricoveri	In checklist compilata nei ricoveri	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Audit controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Monella
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		In casi 2022 - n. casi 2018/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 920	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidìo
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 27.571	-30%	0,10		
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione delle prestazioni di Diagnostica per immagini		In. referti validati e firmati/n. referti totali*100	Agosto - Dicembre 2022	59%	90%	0,025	Report	PO Controllo di gestione
		Ottimizzazione tempi di refertazione	Utilizzo dell'Order Entry per tutte le prestazioni di Anamnesi Patologica	% di utilizzo	Agosto - Dicembre 2022	\	100%	0,025	Report	PO Controllo di gestione

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2021*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP/LE VERIFICA***
Efficienza	Riduzione delle liste di prenotazione esami diagnostici	Esecuzione di TAC TORACE ADDOME PELVI entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO		(numero di TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO / n. di TAC TORACE ADDOME PELVI richieste per i pazienti in RO) *100	Agosto - Dicembre 2022	78%	100% TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO	0,20	Report dal Resp.le verifica	PO Controllo di gestione
		Esecuzione di MIOCARDIOSINTIGRAFIA entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO		(numero di MIOCARDIOSINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO / n. di MIOCARDIOSINTIGRAFIE richieste per i pazienti in RO) *100	Agosto - Dicembre 2022	58,54%	100% MIOCARDIOSINTIGRAFIE eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			
		Esecuzione del 100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) in giornata dal momento della richiesta per i pazienti in RO; Esecuzione del 70% in giornata e del 30% entro due giorni dal momento della richiesta per i pazienti in DH		In. di RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite in giornata (entro due giorni) dal momento della richiesta per i pazienti in RO e in DH/n. di RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) richieste per i pazienti in RO e in DH *100	Agosto - Dicembre 2022	91,94%	100% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta per i pazienti in RO			
					Agosto - Dicembre 2022	45,18%	70% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite entro un giorno dalla richiesta in DH			
					Agosto - Dicembre 2022	1,82%	30% delle RX routinarie (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite due giorni dalla richiesta in DH			
	Esecuzione di RMN entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			(numero di RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO / n. di RMN richieste per i pazienti in RO) *100	Agosto - Dicembre 2022	51,65%	100% RMN eseguite entro 4 giorni lavorativi dalla richiesta per i pazienti in RO			

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza	Riduzione dei tempi di refertazione per esami diagnostici	Refertazione e trasmissione alle UIUD richiedenti del 90% dei referti di TAC TORACE ADDOME PELVI entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO		(numero di TAC TORACE ADDOME PELVI refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UIUD richiedente nel giorno della refertazione/n. di TAC TORACE ADDOME PELVI eseguite per i pazienti in RO) *100	Giugno - Dicembre 2022	71,12% 1,07%	90% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO	0,20	Report del Resp. le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UIUD richiedenti dei referti del 90% delle MICROCARDIOCONTINGRAFIE entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 10% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO		(numero di MICROCARDIOCONTINGRAFIE refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UIUD richiedente nel giorno della refertazione/n. di MICROCARDIOCONTINGRAFIE eseguite per i pazienti in RO) *100	Giugno - Dicembre 2022	97,56% -2,44%	90% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 10% dei referti TAC prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO		Report del Resp. le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UIUD richiedenti del 100% dei referti di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH		In. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) refertate entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH con trasmissione del referto all'UIUD richiedente nel giorno della refertazione/n. di RX routinaria (torace e singolo segmento scheletrico) eseguite per i pazienti in RO e in DH *100	Giugno - Dicembre 2022	97,33%	100% dei referti RX prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e in DH		Report del Resp. le verifica	PO Controllo di gestione
		Refertazione e trasmissione alle UIUD richiedenti del 85% dei referti di RMN entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO e del 15% entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO		(numero di RMN refertate entro 24 ore (entro 48 ore) dalla esecuzione per i pazienti in RO con trasmissione del referto all'UIUD richiedente nel giorno della refertazione/n. di RMN eseguite per i pazienti in RO) *100	Giugno - Dicembre 2022	79,63% -3,70%	85% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 24 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO 15% dei referti RMN prodotti e trasmessi entro 48 ore dalla esecuzione per i pazienti in RO		Report del Resp. le verifica	PO Controllo di gestione
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI SANITÀ PUBBLICA, FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	\	SI	0,05	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% Utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 81	-30%	0,10	Report Adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Romanelli Egido
	Inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 254	-30%	0,10		
Organizzazione e Qualità	Adozione di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti ed implementazione eventuali azioni correttive	Rilevamento del grado di soddisfazione dei degenzi rispetto al servizio mensa	Somministrazione questionari di gradimento dei degenzi del servizio mensa, rilevazione dei risultati e proposte di risoluzione delle situazioni critiche	n. questionari amministrati e raccolti	Agosto - Dicembre 2022	n. 1000	n. 165	0,10	Report e Relazione	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali	Monitoraggio e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	Elaborazione e diffusione report quadrimestrali sugli esiti dell'attività di sorveglianza sanitaria	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	SI	0,10	Report semestrale	

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Sicurezza	Migliorare i livelli di sicurezza aziendale	Monitoraggio sull'utilizzo di dispositivi di protezione	Produrre report sull'utilizzo dei dispositivi di protezione	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	SI	0,10	Report o Relazione	Direzione Sanitaria Prof. Palladino
		Monitoraggio sullo smaltimento di dispositivi di protezione	Produrre report sullo smaltimento dei dispositivi di protezione	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	SI	0,10	Report o Relazione	
Farmacologia e Tossicologia Medica	Migliorare il processo di rilevazione degli eventi avversi e l'efficienza del monitoraggio terapeutico dei farmaci nei liquidi biologici	Inserimento nella rete nazionale di farmacovigilanza delle schede e loro validazione		(N° schede inserite e validate/Totali schede)*100	Agosto - Dicembre 2022	90%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti a pazienti ambulatoriali e altre strutture ospedaliere del territorio per via telefonica o/ o fax, e-mail in giornata		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totali esami) *100	Agosto - Dicembre 2022	95%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	
		Refertazione e trasmissione dei livelli nei liquidi biologici di farmaci e metaboliti a pazienti ambulatoriali e altre strutture ospedaliere del territorio per via telefonica o/ o fax, e-mail in giornata		(N° di risultati trasmessi in giornata/Totali esami) *100	Agosto - Dicembre 2022	85%	≥ 80%	0,10	Report o Relazione	
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICO-CHIRURGICO DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	61%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DI e in OS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	1 UOC SI 5 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegati)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata		Agosto - Dicembre 2022	29%	<= 21%	0,05	
Efficienza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Aumento del 15% di appropriatezza profilassi periperitoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10		Schede di sorveglianza epidemiologica Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Qualità Appropriata	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	0%	SI	0,05		
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totali campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	0%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05			
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)		Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto dei 10°	(n. moduli inviati a DAI/MET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	46,27%	100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICO-CHIRURGICO DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 699	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.143	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi da reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	37,4%	< 25%	0,10		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	0,8 giorni	<= 1,4 giorni	0,10		
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP. LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	66%	100%	0,15	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DI e in OS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	7 UOC NO	SI	0,10	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegati)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata		Agosto - Dicembre 2022	14%	<= 21%	0,15	
Efficienza	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Ottimizzazione tempi di refertazione	Mantenimento dei tempi medi di refertazione delle prestazioni di Patologia Clinica, tranne per gli esami di II livello.	Tempi medi di refertazione 2022/Tempi medi di refertazione 2020	Agosto - Dicembre 2022	-66%	100%	0,10	Report redatto dal DAI	Controllo di Gestione

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA, MALATTIE INFETTIVE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Informazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Agosto - Dicembre 2022	91%	100%	0,10	Report SIA	Controllo di gestione
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (cadute)	Compilazione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute sul 2% dei ricoveri	(n. checklist compilate nei ricoveri)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,10	Audi controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. 1.656	-30%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. 8.787	-30%	0,10		
									1,00	

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI TESTA COLLO

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	70%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti al DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2019 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza			Agosto - Dicembre 2022	54,2%	<= 21%	
Qualità Appropriata	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	Agosto - Dicembre 2022	\		0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza
		Aumento del 15% di appropriatezza profilassi peroperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10		Scheda di sorveglianza epidemiologica
Qualità Appropriata	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05		
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (forte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	19%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/ Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	87%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI TESTA COLLO

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Qualità Appropriata	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino,
		Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	(n. moduli inviati a DAIMET entro 72 ore e n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	54,55%	100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 335	-30%	0,15	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 11.370	-30%	0,15		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici (obiettivi tematici allegato B - DRG n. 374 del 6/8/2019)	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	n. dimessi reparti chir. con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	23,7%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico (obiettivi tematici allegato B DRG n. 374 del 6/8/2019)		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	2,7	< 0 = 1,4 giorni	0,05		
									1,00	

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	68%	100%	0,15	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriato	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriato/RO DRG non a rischio inappropriato	Agosto - Dicembre 2022	26,6%	<= 21%	0,10	Cartella Clinica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,10	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Vozza	
Rischio Clinico	Qualità e appropriatezza del Processo di Cura	Implementazione di misure volte a ridurre gli eventi avversi (cadute)	Compilazione puntuale e corretta all'ammissione della check list di valutazione del rischio cadute sul 2% dei ricoveri	(n. checklist compilate nei ricoveri)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,10	Audi controllo cartelle	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
Qualità e Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriato (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (>18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018 (griglia LEA)			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 8	-41,4%	0,10		
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 2.444	-30%	0,15	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egido
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.553	-30%	0,15		
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulare entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAI/MET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale
									1,00	

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza	Ottimizzazione tempi di refertazione	Riduzione dei tempi di refertazione per le richieste urgenti che arrivano in Order Entry (a partire dall'ora di check fatto dal DAI di Medicina di laboratorio)		(n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora/n. richieste urgenti in totale OE)	Agosto - Dicembre 2022	80% entro un'ora	0,15	Report	Controllo di gestione
				(n. richieste urgenti in OE refertate entro un'ora e mezza/n. richieste urgenti totali in OE)					
		Refertazione delle richieste di esami di routine che pervengono in OE in giornata (salvo indagini speciali)	(numero di esami di routine refertati nel giorno della esecuzione/n. di esami di routine effettuati) *100	Agosto - Dicembre 2022	100%	0,15	Report		
	Ottimizzazione dei costi	Ottimizzazione dei costi attraverso il miglior utilizzo delle sacche di sangue e maggiore controllo attraverso la tracciabilità delle stesse.	Produzione report per DAI e per UOC sul percorso delle sacche (lembe concentrate) con segnalazione delle non conformità e proposta di misure correttive.	N. 3 Report bimestrali	Agosto - Dicembre 2022	N. 3 Report bimestrali	0,10	Report di monitoraggio redatto dal DAI	
Rischio Clinico	Migliorare le condizioni di sicurezza del processo trasfusionale	Adottare gli strumenti gestionali e informatici di cui al DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".	Adozione in tutti reparti.	SI/NO	Agosto - Dicembre 2022	SI	0,10	Relazione/Report	Direzione Sanitaria Dott.ssa Riganti
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Rispetto dei tempi di refertazione del germe sentinella previsti dalla procedura		Tempi impiegati/Tempi previsti	Agosto - Dicembre 2022	90%	0,10	Report prodotto dal DAI	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Rispetto dei tempi di caratterizzazione microbiologica e fototipi di antibiotico resistenza		Tempi impiegati/Tempi previsti	Agosto - Dicembre 2022	90%	0,10	Report prodotto dal DAI	
Informatizzazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione	Utilizzo Firma digitale per la refertazione		(n. referti validati e firmati/n. referti totali)*100	Agosto - Dicembre 2022	100%	0,15	Report	Controllo di gestione
	Ottimizzazione tempi di refertazione	Utilizzo di Order Entry per tutte le richieste di indagini urgenti e di routine		% di utilizzo	Agosto - Dicembre 2022	100%	0,15	Report	
									1,00

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI MATERNO INFANTILE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	75%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	3 UOC SI 10 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'al. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	17,1%	< = 21%	0,05	Cartella Clinica	
		Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate		% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi perioperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10		Schede di sorveglianza epidemiologica Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
			Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	0%	SI	0,05		
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	19%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
			Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	67%	>=70% ***** <=69 - >=50 <=49	0,05		
Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)		Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di svenuta trasfusione entro 72 ore dal ricevimento della sacca Trasfusionale	n. moduli inviati a DIAMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore/n. richieste di sacche	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 3 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto dei 10°	Agosto - Dicembre 2022	47%	100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI MATERNO INFANTILE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza (al. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del n° di parti primari con taglio cesareo		N° tagli cesarei primari/ N° parti totali	Agosto - Dicembre 2022	14,2%	20 % <= 24%	0,05	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione dei ricoveri ordinari in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 22	-27,3%	0,05		
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 5.570	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 15.952	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	18,46%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	1,4 giorni	< o =1,4 giorni	0,05		
							1,00			

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI EMERGENZE CARDIOVASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIAMENTO

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***	
Efficienza Appropriata	Rispetto tempistica flussi SDO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	86%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidlio	
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotta a fine anno per i ricoveri in RO, in DI e in OS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	0%	SI	0,05	SDO		
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriata	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'art. 8 Patto per la Salute 2019 - 2022 (vedi allegato)	RO afferenti a DRG ad alto rischio inappropriata/RO DRG non a rischio inappropriata	% utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	Agosto - Dicembre 2022	4,1%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	UCO farmacie Dott.ssa Voza
Qualità Appropriata	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi periperatorica		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10		Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montali
		Inviare segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05			
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	41%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	93%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05				
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Del 2022) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)		Agosto - Dicembre 2022	.	100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue al momento al Dai di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto dei 10°	(n. moduli inviati a DAMMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022	75,84%	100%	0,05	Report redatto dal Dai Medicina Trasfusionale	Dai Medicina Trasfusionale	

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022

DAI EMERGENZE CARDIOVASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIAMENTO

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ad alto rischio inappropriata (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione dei ricoveri ordinari in età adulta (>18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 251	-41,4%	0,05	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidlio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 516	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 2.743	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medici/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	31,50%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	1,8 giorni	< o = 1,4 giorni	0,05		
Efficacia	Incremento dei livelli di efficacia delle prestazioni sanitarie	Incremento del n. angioplastiche eseguite entro 48 ore dal ricovero (primo accesso) per infarto miocardico acuto (Rif. Programma Nazionale 2012 Age Na.S.)		Pica eseguiti entro 48 ore/Totale Pica	Agosto - Dicembre 2022	87%	90%	0,05	SDO	
								1,00		

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Efficienza Appropriatezza	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Rispetto tempistica flussi SDO ricoveri in RO come previsto dalla Regione	Chiusura e Trasmissione SDO entro 30 giorni dalla dimissione	% schede chiuse e trasmesse entro 30 giorni dalla dimissione	Agosto - Dicembre 2022	54%	100%	0,10	SDO	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DI e in DS		SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	3 UOC SI 3 UOC NO	SI	0,05	SDO	
		Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari affluenti al DRG ad alto rischio inappropriatezza	Autocontrollo delle cartelle cliniche relative ai DRG di cui all'all. B Patto per la Salute 2010 - 2012 (vedi allegato)	RO affluenti a DRG ad alto rischio inappropriatezza/RO DRG non a rischio inappropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	38,3%	<= 21%	0,05	Cartella Clinica	
	Migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei farmaci	Incrementare l'utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari con costo terapia più basso, come prima scelta nei confronti del paziente per tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate	% utilizzo del farmaco biologico/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente	Agosto - Dicembre 2022	\	> utilizzo dei farmaci biologici/biosimilari come prima scelta nei confronti del paziente e riduzione dell'utilizzo degli altri farmaci rispetto all'anno precedente	0,05	Report	UOC Farmacia Dott.ssa Voza	
Qualità Appropriatezza	Ottimizzazione del processo di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico	Aumento del 15% di appropriatezza profilassi peroperatoria		% di appropriatezza	Agosto - Dicembre 2022	0%	Incremento del 15%	0,10	Schede di sorveglianza epidemiologica	Direzione Sanitaria Dott.ssa Montella
		Invio segnalazione di rilevazione delle infezioni del sito chirurgico alla Direzione Sanitaria	SI / NO	Agosto - Dicembre 2022	NO	SI	0,05			
		Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico alla direzione sanitaria	Compilazione schede di sorveglianza epidemiologica	N. schede compilate / N. interventi chirurgici effettuati (fonte QUANI)	Agosto - Dicembre 2022	18%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05		
		Compilazione campi obbligatori schede di sorveglianza epidemiologica	N. campi obbligatori compilati/ Totale campi obbligatori da compilare	Agosto - Dicembre 2022	86%	>=70% ***** <=69 - >=50 <= 49	0,05			
	Qualità e appropriatezza del Processo Clinico di Trasfusione	Riduzione del ricorso alle trasfusioni negli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero ordinario	Adesione alle procedure aziendali del PBM (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Adesione alle raccomandazioni PBM (Dal 2021) sul campione casuale del 2% dei ricoveri ordinari (Delibera n. 515 del 21.06.2021)	Agosto - Dicembre 2022		100%	0,05		Gruppo di lavoro PBM Prof. Leonardi, Dott.ssa Riganti, Prof. Palladino
	Implementazione di misure volte a ridurre gli sprechi di sangue e favorire il corretto utilizzo delle sacche di sangue	Compilazione puntuale del modulo di avvenuta trasfusione del sangue ed invio al DAI di Medicina Trasfusionale entro 72 ore dal ricevimento della sacca	Restituzione della sacca non utilizzata accompagnata da apposito modulo entro 5 ore dal ricevimento della sacca con obbligo di mantenerla al di sotto del 10°	(n. moduli inviati a DAMET entro 72 ore + n. sacche restituite entro 5 ore)/n. richieste di sacche	Agosto - Dicembre 2022		* 100%	0,05	Report redatto dal DAI Medicina Trasfusionale	DAI Medicina Trasfusionale

OBIETTIVI DIPARTIMENTALI ANNO 2022
DAI CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE

CATEGORIA OBIETTIVO*	OBIETTIVO AZIENDALE	OBIETTIVO SPECIFICO	AZIONI DA REALIZZARE	INDICATORE	PERIODO DI RIFERIMENTO	VALORE ANNO 2018*****	TARGET 2022****	PESO OBIETTIVI	STRUMENTO DI VERIFICA**	RESP.LE VERIFICA***
Appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni DRG in RO e prestazioni in Day Hospital/Day Surgery ed alto rischio inappropriatezza (all. A e all. B Patto della Salute)	Riduzione del tempo di attesa per intervento frattura femore	Esecuzione interventi per frattura femore (ist4 +65) entro 2 giornate di degenza ordinaria	N° interventi eseguiti entro le 2 giornate in RO/N° interventi totale	Agosto - Dicembre 2022	72%	> = 60%	0,10	Report adempimenti LEA	Direzione Sanitaria Dott.ssa Egidio
		Riduzione dei ricoveri diurni di tipo diagnostico rispetto all'anno 2018		(n. casi 2022 - n. casi 2018)/n. casi 2018	Agosto - Dicembre 2022	n. casi 156	-30%	0,10		
		Riduzione degli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018			Agosto - Dicembre 2022	n. casi 713	-30%	0,10		
		Riduzione percentuale dei ricoveri con DRG medico dimessi dai reparti chirurgici		n. dimessi reparti chir. Con DRG Medico/n. dimessi reparti chirurgici	Agosto - Dicembre 2022	18,4%	< 25%	0,05		
		Riduzione giornate di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		n. giorni degenza precedenti l'intervento chir./n. dimessi sottoposti a interv. Chir.	Agosto - Dicembre 2022	1,2	<= 1,4 giorni	0,05		
								1,00		

2.2.5 La valutazione del personale

Il processo di valutazione della performance organizzativa viene descritto nel “Regolamento sulle modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget. Collegamento con il sistema premiante” mentre il processo di valutazione della performance individuale è descritto nel “Regolamento sui sistemi di misurazione e valutazione della performance”, recentemente aggiornato in relazione alle evoluzioni normative ed in fase di approvazione.

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

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

Oggetto della valutazione sono:

- la performance organizzativa
- la performance individuale

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

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

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

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

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

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

Tabella 4 - Griglia valutatori/valutati

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

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

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

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

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

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli con Deliberazione del Direttore Generale n. 389 del 22/04/2022 ha adottato, nelle more della piena attuazione del D.L. n. 80/21, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2022/2024.

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

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

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

Infatti, anche in ambito locale, la crisi generata dalla pandemia ha notevolmente inciso sul contesto economico e sociale, aggravando le disuguaglianze. I dati della Banca d'Italia evidenziano per il 2020 una diminuzione di circa l'8,2 per cento dell'attività economica e un calo, per quanto riguarda l'industria campana, particolarmente pronunciato tra le piccole imprese manifatturiere. Il comparto agroalimentare e quello farmaceutico risultano beneficiari, invece, di un aumento di fatturato. Riguardo il lavoro, secondo la Rilevazione sulle forze di lavoro dell'Istat, nella media del 2020 l'occupazione in Campania è diminuita per gli effetti dell'emergenza sanitaria, in linea con la media nazionale.

Alla riduzione dell'occupazione hanno contribuito maggiormente i servizi, particolarmente colpiti dalle misure restrittive introdotte per limitare la diffusione del contagio. Il calo è stato più ampio per i lavoratori autonomi rispetto ai lavoratori dipendenti; la riduzione è stata inoltre più intensa per le donne, per i giovani con meno di 35 anni e per gli stranieri. Relativamente al 2021, studi sugli indicatori e sugli andamenti dell'economia meridionale, hanno previsto, a fronte del calo del PIL relativamente omogeneo a livello territoriale, una ripresa fortemente differenziata, a sfavore del Mezzogiorno. Questo quadro andrebbe ad impattare e fare seguito alla recessione che si è abbattuta su un Paese, caratterizzato da oltre un decennio dal divario tra Sud e Nord.

Emerge l'opportunità per il Mezzogiorno di puntare all'economia della conoscenza, attraverso la costruzione di ecosistemi dell'innovazione inter-organizzazione e multiattore, aperti dinamici e connessi ai livelli locali, nazionali ed internazionali, capaci di rispondere in maniera collaborativa alle sfide quali i fenomeni migratori, le minacce per la salute, l'invecchiamento della popolazione attivando al contempo dinamiche di crescita sostenibile. Gli studi hanno evidenziato la necessità di rafforzare le progettualità degli Enti locali e regionali del Mezzogiorno e potenziare una gestione strategica condivisa per dare unitarietà ai diversi livelli di programmazione. A tal riguardo, le misure di rilancio economico in corso, costituiscono un'occasione per coniugare crescita nazionale e coesione territoriale.

L'analisi del territorio, dal punto di vista criminologico, evidenzia secondo gli studi dell'ANAC, che "Le forme di condizionamento dell'apparato pubblico più estese e pervasive si registrano prevalentemente a livello locale (specie al Sud), secondo forme di penetrazione capillare nel tessuto culturale, sociale, economico-imprenditoriale, politico e istituzionale", con particolare riguardo al settore degli appalti.

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

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Amministrazione opera, al fine di individuare l'impatto dello stesso sul rischio corruttivo e favorire la valutazione del rischio, anche se appare difficile poter analizzarne i rischi, sia in considerazione del contesto territoriale nel quale l'Azienda opera, caratterizzato da importanti dinamiche sul fronte demografico, su quello delle famiglie ma anche e soprattutto sul fronte dell'economia e del mercato del lavoro a causa dello squilibrio esistente fra l'ampiezza dei fabbisogni che corrispondono alla dimensione del sistema sociale di riferimento e la capacità dell'economia regionale e del mercato di sostenere adeguatamente la necessità di lavoro, sia in considerazione della peculiare natura dell'Ente e della sua "mission" istituzionale.

Infatti, trattasi di un'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il Servizio Sanitario Regionale e caratterizzata dall'attività assistenziale e da quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale. Essa svolge quindi, in modo unitario ed inscindibile, funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso un elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, del Servizio Sanitario della Regione Campania, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute, nonché elemento strutturale dell'Università, nell'ambito della quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca. Infatti, l'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale. Uno specifico protocollo

d'intesa disciplina i rapporti tra l'Università degli Studi di Napoli "Federico II e la Regione Campania, per lo svolgimento delle attività assistenziali".

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

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

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

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

- alla spesa pubblica per la cura dei pazienti (fornitura dei farmaci, sia sotto l'aspetto del loro acquisto al miglior prezzo, sia sotto l'aspetto dell'adeguatezza prescrittiva, terapie, fornitura dei beni di alta tecnologia e servizi correlati);
- all'attività professionale e libero professionale dei dipendenti;
- alla formazione e gestione delle liste di attesa;
- al processo degli approvvigionamenti;
- alle procedure amministrativo-contabili;
- alle collaborazioni con soggetti esterni nell'ambito di varie progettualità.

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

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

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

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

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

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

Da ciò, si evince che i principali fattori di rischio possono ricondursi al verificarsi del fenomeno corruttivo nel processo clinico assistenziale, ma anche nelle diverse attività propedeutiche a coinvolgere l'Azienda in progettualità capaci di fungere da attrattore economico. La mappatura dei diversi processi tesa a fornire una visione chiara e lineare delle finalità delle diverse attività interdipendenti consente, quindi, di identificare sia la creazione di valore diretta ed indiretta, sia il rischio di corruzione.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

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

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

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

- l'Università di Napoli Federico II e la Regione Campania, quali principali portatori d'interesse dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.;
- gli organi collegiali di decisione e controllo aziendale, cui appartengono l'Organo di Indirizzo, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione;
- gli organismi collegiali di indirizzo, verifica o controllo, cui appartiene l'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

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

-risposta ai principali fabbisogni, determinati dalla complessità dell'Azienda (compresenza di ricerca, didattica ed assistenza, dimensione, livelli di specializzazione, infrastrutture e logistica), dalle pressioni ambientali (competitive e collaborative, tecnologiche, professionali) e dalle aspettative sociali ed istituzionali collegate alle finalità aziendali;

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

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

Essa prevede:

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

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

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

2.3.3 Mappatura dei processi

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

L'Azienda ha definito i propri processi organizzativi aziendali già con un Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 290 del 16/6/2014. Tale atto, attraverso la mappatura dei processi amministrativo-contabili dell'Azienda, ha la finalità di definire l'insieme di strumenti gestionali ed operativi e le procedure atti a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa, nonché di verificare, attraverso adeguati strumenti di misurazione e monitoraggio, l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. Altresì, tale strumento tende a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico) e di valutazione delle prestazioni del personale (valutazione del personale). Nell'anno 2016 si è proceduto ad emanare una circolare a tutte le Unità Operativa Complesse Amministrative e Tecniche atte a garantire il costante aggiornamento della mappatura dei processi di controllo interno, nell'ottica di una sempre più puntuale identificazione dei processi organizzativi aziendali. Nella medesima circolare veniva ribadito l'obbligo, per ciascun Responsabile di Struttura di vigilare, per quanto di competenza, circa la corretta applicazione dei processi amministrativo-contabili, come definiti dal Regolamento di cui in argomento, nel rispetto delle prescrizioni normative ed in coerenza con l'organizzazione aziendale ed a segnalare tempestivamente alla Direzione Generale qualsiasi esigenza di adeguamento e/o revisione, al fine di garantire il rispetto delle prescrizioni di legge e la conformità all'assetto organizzativo aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si ricorda che il RUP è nominato, di norma, con: - disposizione del Direttore Generale, nell'ambito delle procedure per l'acquisizione di servizi e forniture. Il RUP viene di norma individuato tra il personale aziendale per l'affidamento, tra l'altro, di alcuni appalti di particolare rilievo, tra cui: servizio di pulizia, servizio di vigilanza, concessione in uso dei locali per il servizio di bar- rosticceria e per il servizio di vitto ai degenti e lava-nolo. Gli atti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE:

Macro processo 1: Reclutamento del Personale.

Descrizione del processo: 1) *Concorsi e prove selettive per l'assunzione a tempo indeterminato ovvero determinato di nuovo personale a totale carico dell'A.O.U.* 2) *Avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato ex art. 15 octies D. L.vo 502/99 per la realizzazione di progetti finanziati da enti pubblici e privati.*

Responsabilità del processo: Direttore UOC.

Identificazione delle aree di rischio: Valutazione dei candidati.

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Il rischio attiene alla possibilità che siano effettuati favoritismi nella valutazione dei candidati 2) Il rischio attiene alla possibilità di situazioni di conflitto di interessi connesse ai rapporti tra il soggetto esterno finanziatore e il Responsabile del progetto che riceve il finanziamento.

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) *Misura adottata: Rispetto della normativa vigente in materia di concorsi, particolarmente stringente nel settore della Sanità.* 2) *Misura adottata: Particolare attenzione ai requisiti richiesti dal soggetto richiedente il bando (responsabile del progetto/responsabile scientifico del progetto/ responsabile della struttura).*

Macro processo 2: Gestione giuridica del Personale.

Descrizione del processo:

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

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

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

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

Responsabilità del processo: 1) Responsabile I.O. Gestione Giuridica del Personale–Procedimenti Disciplinari; 2) Direttore UOC; 3) e 4) Responsabile I.O. Gestione Giuridica del Personale–Procedimenti Disciplinari e Direttore UOC. **Identificazione delle aree di rischio:**

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) Misure adottate: Criterio cronologico nell'esame delle istanze di richiesta di incarichi extraistituzionali. Tale criterio soddisfa i principi fondamentali di imparzialità della P.A. e di parità di trattamento dei cittadini; controllo interno sulla corretta applicazione dei presupposti di legge e regolamentari richiesti ai fini del rilascio dell'autorizzazione. In particolare, verifica della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con l'attività istituzionale resa dal Responsabile della struttura di appartenenza del dipendente richiedente adozione del Regolamento allegato alla Deliberazione n. 944 del 29/12/2017. E' in programma l'aggiornamento del Regolamento in parola. 2) Misura adottata: Controllo interno a campione tra i dati inseriti nelle procedure gestionali dell'Azienda e la documentazione cartacea trasmessa dalle singole Strutture. 3) Misura adottata: Controllo interno sulla corretta applicazione delle procedure indicate nei Regolamenti (Dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa; comparto) adottati con Deliberazione n. 945 del 29/12/2017: - sul rispetto dei termini perentori che caratterizzano detto procedimento; - sull'istruttoria posta in essere dall'ufficio disciplinare; - sull'analisi delle motivazioni che hanno indotto l'ufficio stesso a proporre o l'applicazione dell'irrogazione di una sanzione ovvero l'archiviazione del procedimento. Misura da adottare: Aggiornamento dei citati Regolamenti. 4) Misura adottata: Controllo interno: - sul rispetto dei termini perentori per la segnalazione, al Direttore Generale

dell'Università, di illeciti disciplinari; - sull'istruttoria posta in essere dall'ufficio disciplinare dell'Azienda, al fine di individuare la sussistenza o meno dell'illecito disciplinare oggetto di eventuale segnalazione.

Macro processo 3: Gestione economica del Personale.

Descrizione del processo:

1) *Progressioni economiche all'interno della categoria di appartenenza ai sensi dell'art. 35 del CCNL Comparto Sanità del 7/4/1999;*

2) *Provvedimenti per riscatto e/o ricongiunzione di servizi, per concessione prestiti, relativi al personale aziendale;*

3) *Provvedimenti di determinazione del trattamento fondamentale, adozione di atti di carriera, trattamento pensionistico per il personale a totale carico dell'Azienda;*

4) *Provvedimenti di liquidazione delle indennità ospedaliere ai sensi del DPR761/79 ex art.31 al personale universitario tecnico amministrativo con funzioni assistenziali riconducibili a profili ospedalieri.;*

5) *Provvedimenti di liquidazione delle indennità ospedaliere ai sensi della L.517/99 al personale docente e ricercatore, con funzioni di Dirigente Medico o Professionale, anche in relazione alla posizione organizzativa rivestita (Direttore di DAI, di UOC, di UOS ecc.).*

Responsabilità del processo: 1) Responsabile I.O. Relazioni sindacali; 2), 3) e 4) Responsabile I.O. Trattamenti Economici e Quiescenza; 5) Responsabile I.O. Relazioni Sindacali e con Enti Esterni.

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

Possibili cause e/o fattori di rischio

1) Trattandosi di prove riservate al personale interno dell'Azienda, il rischio attiene alla possibilità che siano effettuati favoritismi quali inserimento di titoli ulteriori oltre la scadenza di presentazione della domanda o valutazione di titoli non pertinenti ai fini della progressione in parola.

2) Il rischio è legato ad un utilizzo improprio dell'accesso ai programmi gestionali dell'Azienda.

3), 4) e 5) Il rischio è legato ad un utilizzo improprio dell'accesso ai programmi gestionali dell'Azienda.

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

UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi informativi e ICT:

Macro processo 1: Fasi delle procedure di approvvigionamento.

Descrizione del processo:

- 1) Programmazione e qualificazione dei fabbisogni di beni e servizi relativi alla UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.
- 2) Progettazione delle procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.
- 3) Selezione del contraente per l'aggiudicazione delle gare di forniture di beni e servizi relativi alla UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT.
- 4) Verifica dell'aggiudicazione e stipula dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.
- 5) Esecuzione dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.
- 6) Esecuzione dei contratti di forniture di beni e servizi relativi alle tecnologie biomediche, all'ICT e ai sistemi informativi aziendali.

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

Identificazione delle aree di rischio:

- 1) a) Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti delle strutture richiedenti;
 - b) Programmazione annuale per acquisti di servizi e forniture.
 - c) Per servizi e forniture standardizzabili, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro/convenzioni;
 - d) Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del RUP alla UOC deputata a programmare le procedure di gare;
 - e) utilizzo di avvisi di preinformazione;
 - f) adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del Responsabile Piano Corruzione;
 - g) formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare la massima trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento.
- 2) a) Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RUP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso;

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

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

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

3) a) Accessibilità on line alla documentazione di gara o predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari;

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

- g) pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti della commissione di gara;
- h) pubblicazione preventiva online del calendario delle sedute di gara;
- i) pubblicazione su sito internet aziendale, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.

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

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

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

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

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

c) obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti;

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

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

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

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

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

Possibili cause e/o fattori di rischio:

1) Gli eventi rischiosi possono consistere nella definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza, efficacia, economicità o nell'abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i portatori di interessi (ad es. operatori economici) di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive.

La mancata approvazione degli strumenti di programmazione o il non rispetto della programmazione stessa, può comportare inoltre l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali.

2) Processi a rischio: effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche; nomina del responsabile unico del procedimento; individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento; individuazione degli elementi essenziali del contratto; determinazione dell'importo del contratto; scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione alla procedura negoziata/cottimo fiduciario; predisposizione degli atti e documenti di gara; definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio.

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

3) Processi a rischio:

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

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

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

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

2) a) b) d) e) g) i) l): misure adottate per le procedure di gara gestite dalla UOC Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT

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

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

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

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

5) Misure adottate. d) da adottare

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

U.O.C. GOVERNO CLINICO:

Macro processo 1: ALPI. Descrizione del processo: autorizzazione allo svolgimento.

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

Identificazione delle aree di rischio: 1) False dichiarazioni ai fini del rilascio. 2) Inadeguata ricognizione degli spazi del patrimonio immobiliare. 3) Inadeguata verifica dell'attività svolta in I.M. allargata Ricognizione spazi In itinere. 4) Inadeguata negoziazione dei volumi di attività vs obiettivi istituzionali. 5) Violazione dei limiti dei volumi negoziati. 6) Svolgimento in attività di servizio. 7) Trattamenti più favorevoli per pazienti in I.M. vs SSN. 8) Mancata informazione al cittadino circa i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni in regime ALPI. 9) Mancata informazione al cittadino circa le tariffe per l'accesso alle prestazioni in regime ALPI. 10) Inadeguato controllo sui volumi di attività SSN e intramoenia. 11) Inadeguato controllo sui tempi di attesa di attività istituzionale e intramoenia.

Possibili cause e/o fattori di rischio:

1) Preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti. 2) e 3) Ricognizione spazi. 4) Negoziazione annuale. 5) Controllo periodico volumi erogati. 6) e 7) Ispezioni. 8) e 9) Pubblicazione tempi su sito web per prestazioni traccianti. 10) e 11) Report periodici a cura del Referente ALPI.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) Misura già adottata. 2) e 3) In itinere. 4), 5), 6) e 7) Misura già adottata. 8) e 9) Misura già adottata per le prestazioni ambulatoriali entro il 2022 anche per l'ALPI Chirurgica. 10) e 11) Misura già adottata.

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

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

Identificazione delle aree di rischio:

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

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Elaborazione di linee di indirizzo aziendali e ROAr (Raggruppamenti Omogenei di Attesa per ricovero) e relativo monitoraggio. 2) e 3) Monitoraggio e controllo.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1), 2) e 3) Misura già adottata.

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

Responsabilità del processo: 1) e 2) UFFICIO ALPI, COMMISSIONE PARITETICA, REFERENTE ALPI/LISTE D'ATTESA.

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

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Pubblicazione tempi su sito web per prestazioni traccianti. 2) Prenotazione CUP su agende informatizzate e controllo vs fatturato.

Tempi di realizzazione delle misure individuate:

1) Misura già adottata per le prestazioni ambulatoriali entro il 2022 anche per l'ALPI Chirurgica.

2) Misura già adottata.

AFFARI LEGALI:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Macro processo 3: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE.

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

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

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

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

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

Macro processo 4: TRANSAZIONI.

Descrizione del processo: Le richieste pervengono tramite protocollo informatizzato.

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

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

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

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

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

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

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

2) Adempimenti ANAC

3) Adempimenti trasparenza

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

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

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

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

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

9) Valutazione delle offerte ad opera della commissione di gara

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

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

12) Revoca del bando su relazione motivata del RUP

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

14) *Subappalto, provvedimenti di autorizzazione*

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

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

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

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

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

esecuzione del contratto onde consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso prodotto in gara ovvero di conseguire guadagni extra (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 14) Arbitrarietà nell'autorizzazione al subappalto in deroga a disposizioni normative e/o alle previsioni degli atti di gara (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 15) Previsioni di disposizioni eccessivamente favorevoli all'impresa in cambio di utilità (rischio-alto); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.; 16) Falsificazione documenti (rischio-medio); attento controllo da parte dei tecnici che costituiscono l'U.O.C.

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

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

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Rendicontazione del contratto.

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

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

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

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

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

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

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

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

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

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

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Reclutamento

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

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

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

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

Responsabilità del processo: Referente scientifico del corso.

Identificazione delle aree di rischio: Provvedimenti amministrativi Gestione del Personale

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

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

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

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

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Programmazione e controllo approvvigionamenti

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress

Macro processo 5: Contratti pubblici

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

Responsabilità del processo: Direttore U.O.C.

Identificazione delle aree di rischio: Progettazione

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress

Macro processo 6: Rischi sicurezza sul Lavoro

Descrizione del processo Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni

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

Identificazione delle aree di rischio: Ispezioni e Verifiche

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure work in progress

U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA:

Macro processo: GESTIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E DIAGNOSTICI

Descrizione del processo:

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

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

Identificazione delle aree di rischio:

- 1) programmazione
- 2.a) arrivo della merce, 2.b) stoccaggio

3) prescrizione del farmaco in ambito ospedaliero

4) utilizzo dei farmaci e dispositivi nei reparti

Possibili cause e/o fattori di rischio: 1) Programmazione degli acquisti non corrispondenti ai reali fabbisogni; 2.a) difformità tra le quantità ordinate/consegnate/DDT; 2.b) conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (rischio collusione o favoreggiamento fornitore); 3) induzione ad utilizzare farmaci per favorire la scelta di ditte farmaceutiche; 4) incongruità delle richieste di farmaci e dispositivi rispetto alle reali necessità del reparto (rischio collusione o favoreggiamento fornitore).

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: 1) Misure già in larga parte adottate; 2) misure già in essere; 3) da implementare; 4) misure in parte già in essere; altre non prevedibili nell'immediato.

U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICO – FINANZIARIE:

Macro processo 1: CONTABILITA' FORNITORI

Descrizione del processo

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

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

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

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

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

Descrizione del processo:

- 1) Caricamento ed elaborazione compensi accessori al personale;
- 2) Verifica ed elaborazione delle indennità variabili ivi comprese indennità di fine rapporto di lavoro;
- 3) Elaborazione mensile e periodica degli adempimenti previdenziali e fiscali relativi ai compiti svolti;
- 4) Elaborazione mensile, paghe od emissione dei titoli di pagamento a copertura;
- 5) Inoltro all'Istituto Tesoriere dei mandati di pagamento per la loro estinzione.

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 3: COMPENSI ACCESSORI PERSONALE UNIVERSITARIO.

Descrizione del processo:

- 1) Caricamento ed elaborazione mensile dei compensi accessori ed indennità variabile al personale universitario;
- 3) Elaborazione mensile e periodica degli adempimenti previdenziali e fiscali relativi ai compiti svolti;
- 4) Elaborazione mensile dei ruoli paga e verifica adempimenti art.48 bis;
- 5) Emissione dei titoli di pagamento a copertura delle spese elaborate.

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 4: AREA CONTABILITA' ENTRATE.

Descrizione del processo:

- 1) Gestione degli incassi di proventi; per prestazioni ambulatoriali riferibili a tariffe LEA, extra Lea ed Alpi;
- 2) Controllo dei documenti di accredito sulle apposite procedure informatiche e su cui confluiscono ogni sorta di ricavo dell'AOU;
- 3) Emissione dei titoli di incasso successivamente alle verifiche effettuate con gli elaborati informatici del sistema Interbancario (pagamenti a mezzo pos) ovvero attraverso sistemi

automatici di incasso (punti gialli) ovvero attraverso ogni sorta di pagamento tracciabile (carte di credito, assegni bancari, ecc...);

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

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 5: GESTIONE FONDO CASSA.

Descrizione del processo:

1) Gestione degli incassi effettuati presso gli ambulatori e ALPI che non utilizzano modalità di pagamento elettroniche (pagamenti residuali);

2) Elaborazione e versamenti periodici sul conto di tesoreria;

3) Rendicontazione delle attività espletate;

4) Reintegro eventuale del fondo cassa annuale, con emissione titoli di pagamento per ricostituzione Fondo;

5) Trasmissione all'Istituto Tesoriere dei titoli d'incasso.

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

U.O.C. Gestione Affari Generali:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Macro processo 3: Regolamenti aziendali di competenza

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

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

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

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

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

Macro processo 4: erogazioni liberali

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

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

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

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

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

Macro processo 5: Liquidazione fatture.

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

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

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

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

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

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

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

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

Descrizione del processo 1:

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

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

Descrizione del processo 2:

2-a) Ufficio stampa: Relazione con i media; Rapporto di informazione con le redazioni locali, e in alcuni casi nazionali; Invio di comunicati stampa.

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

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

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

Identificazione delle aree di rischio 1 e 2: L'assenza o la ridotta comunicazione è spesso causa di significativi problemi di carattere organizzativo. Sebbene sia difficile misurare l'impatto della comunicazione sugli esiti, in termini di outcome, facendo riferimento alla letteratura scientifica, è possibile affermare che gli esiti della comunicazione sono misurabili in tempi medio-lunghi, attraverso la continuità delle azioni e la loro coerenza identitaria. Tale interpretazione è evidente nella seguente produzione normativa:

DLgs 3 febbraio 1993, n.29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", DPCM 27 gennaio 1994- "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", DPCM 11 ottobre 1994- "Principi per l'istituzione ed il funzionamento degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico", DPCM 19 maggio 1995- "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitaria", Legge 7 giugno 2000, 150- "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", DPR 21 Settembre 2001, n.422- "Regolamento recante norme per l'individuazione dei titoli

professionali del personale da utilizzare presso le pubbliche amministrazioni per le attività di informazione e di comunicazione e disciplina degli interventi formativi”, Direttiva P.C.M 7 Febbraio 2002- “Attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni” (Ministro Frattini), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Possibili cause e/o fattori di rischio 1 e 2: Nel rapporto con l’utenza, numerosi sono gli aspetti che possono indurre a difformità di attese e aspettative, legate al fatto che la moltitudine di attori sociali che caratterizzano il sistema salute sono naturalmente esposti a problematiche di comunicazione, legate al differente know-how, agli esiti dei percorsi assistenziali, alle problematiche connesse alla risoluzione del discomfort degli utenti.

In particolare, il processo di gestione delle relazioni con l’utenza è essere ispirato ai criteri di trasparenza e chiarezza, mantenendo elevati standard di professionalità e rispetto della centralità della persona e dei diritti dei cittadini, svolgendo ruolo di facilitazione, chiarimento e supporto, contribuendo progressivamente all’empowerment dei cittadini nella ricerca e selezione delle informazioni.

Tempi di realizzazione delle misure individuate 1 e 2: Per facilitare, migliorare, ottimizzare e governare con maggiore consapevolezza e garanzia per gli utenti i processi di comunicazione e relazione con i cittadini, nell’anno 2022 è in corso di implementazione un sistema gestionale per le segnalazioni e reclami. Tale percorso consentirà di ridurre eventuali difformità di comunicazione e favorire un approccio più performante alle dinamiche relazionali. In termine di comunicazione con la stampa e soprattutto social media si porrà particolare attenzione al rispetto della social media policy e ad una sua eventuale integrazione ed aggiornamento.

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

Macro processo 1: Procedimenti di accesso ai documenti amministrativi

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

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

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

Macro processo 2: Acquisizione di beni

Descrizione del processo: Attività svolte per l’acquisizione di beni ed inerenti alla predisposizione degli atti e la cura dell’espletamento delle procedure sotto soglia di rilievo

comunitario, per l'affidamento, con oneri a carico dell'A.O.U., di forniture mediante l'utilizzo del MEPA.

Responsabilità del processo: RUP

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

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

Tempi di realizzazione delle misure individuate: Misure già adottate.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

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

L'emergenza Covid 19, in un settore quale quello della sanità, ha pesantemente inciso sull'attuazione di nuove strategie di prevenzione della corruzione tese all'efficiente gestione dei processi della struttura organizzativa aziendale. Infatti, questa Azienda è stata direttamente coinvolta nella gestione dell'emergenza della pandemia, con implicazioni significative sull'assetto aziendale, anche per la tempestiva riorganizzazione di alcuni servizi, dedicati alle urgenti esigenze sanitarie territoriali. Altresì, si è reso necessario attivare, ove possibile, modalità di lavoro agile, nell'ambito delle misure volte a ridurre la mobilità dei dipendenti e, quindi, a ridurre i rischi di diffusione del contagio. Tale strumento ha fortemente modificato l'assetto organizzativo aziendale, imponendo una tempestiva programmazione di attività straordinarie ed una riorganizzazione di quelle ordinarie. Nell'ambito delle misure di contenimento messe in atto, nel rispetto delle prescrizioni normative, sono state anche definite procedure atte a ridurre o sospendere gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili, nonché a privilegiare strumenti urgenti e straordinari di acquisizione di beni e di reclutamento di specifiche risorse umane.

L'identificazione degli eventi rischiosi, nelle aree maggiormente esposte, tiene conto sia della pregressa esperienza, anche in relazione all'accadimento di fatti giudizialmente accertati come fatti di corruzione, rispetto ai quali questa Azienda ha messo in atto, ulteriori misure di automatizzazione dei processi e di controlli incrociati –come sopra segnalato-, sia della concentrazione in una sola persona di diverse fasi di un procedimento, sia del grado di vantaggio conseguibile a fronte di azioni illecite.

Nell'ambito delle procedure per acquisizione di beni e servizi e per affidamento di lavori, le attività del R.U.P. rappresentano un rischio elevato di corruzione, sia per l'autonomia, sia per le competenze.

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

2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

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

L'obbligatorietà di tale dichiarazione è disciplinata già nel provvedimento di conferimento dell'incarico stesso, ove è previsto che tale dichiarazione sia resa in via prioritaria. In tale provvedimento è previsto, inoltre, che l'unità operativa che gestisce la procedura di gara acquisisca e custodisca tale dichiarazione. Il Direttore della struttura vigila sull'avvenuta acquisizione delle dichiarazioni.

Tale modello di dichiarazione di notorietà è stato adottato anche per il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (D.E.C.), Direttore dei Lavori e Collaudatore per gli

affidamenti di appalti e concessioni. Anche per tali affidamenti, vige la medesima procedura sopra richiamata circa gli incarichi di R.U.P.

Inoltre, l'Azienda, in considerazione della rilevanza ai fini della prevenzione del rischio corruttivo di individuare e monitorare le aree più esposte, ha adottato un provvedimento teso a definire, nell'ambito degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori, i criteri sulle modalità di scelta delle commissioni aggiudicatrici per gli affidamenti di appalti e concessioni. Tale provvedimento, in linea con le recenti indicazioni dell'ANAC e con la normativa di riferimento, definisce altresì i presupposti tecnico-professionali necessari per i componenti delle commissioni in argomento e fornisce modello di dichiarazione di notorietà da rendersi a cura di ciascun componente circa l'assenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitti di interessi. Tale iniziativa è stata ulteriormente approfondita, anche mediante segnalazioni, da parte del RPCT, al Responsabile della struttura circa la necessità di controlli e/o verifiche sulla raccolta e tenuta delle suddette dichiarazioni. Tale sinergia tra il RPCT ed i Responsabili delle strutture è costantemente attiva nella logica della coerente integrazione. Al fine di rafforzare uniformi misure di trasparenza nel settore degli acquisti di beni e servizi, è stato aggiornato il regolamento in materia di acquisti in economia di servizi e forniture ed adottato un regolamento di gestione delle attività del Servizio Interno di Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie e HTA (SIC) dell'Azienda, recentemente modificato alla luce delle novità normative.

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

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

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

nuovo avviso pubblico di manifestazione di interesse per l'integrazione dell'elenco ristretto – short list – di avvocati esterni.

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

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

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

Nel 2022, procede la gestione informatizzata dei processi di liquidazione degli affidamenti dei lavori e degli acquisti di beni e servizi.

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

A tal riguardo, nell'ottica di accrescere l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, oltre a quanto sopra rappresentato, l'Azienda, dopo aver adottato un regolamento per l'informatizzazione dei processi di gestione documentale, che attua una profonda trasformazione soprattutto nella visione del ruolo del protocollo all'interno dell'organizzazione, ha attivato lo stesso nel corso del 2021. Tale strumento, oltre a snellire le procedure ed a rendere trasparenti i processi, garantisce l'interoperabilità fra le strutture coinvolte ed il controllo dell'azione amministrativa attraverso i documenti che ogni Amministrazione produce durante la propria attività pratica o l'esercizio delle proprie funzioni.

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

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

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

Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione

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

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

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

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

Nel corso del 2021, l'Azienda ha continuato le attività di formazione per il personale, sia tecnico-sanitario, che tecnico-amministrativo, con particolare riguardo alle problematiche connesse al ruolo del personale nel settore della sanità ed alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, sebbene la particolare situazione emergenziale ne ha modificato le modalità. E' stato, comunque, coinvolto il personale, compreso quello afferenti alle strutture assistenziali, con particolare riguardo alle aree a maggiore rischio corruzione. A tal riguardo, per l'organizzazione delle attività formative connesse alle tematiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, il RPCT si coordina con la struttura aziendale deputata alla programmazione delle attività formative aziendali

Anche nelle previsioni del 2022, i piani di sviluppo e formazione del personale terranno in particolare riguardo le figure professionali che partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione. Altresì, il RPCT si attiverà, conformemente a quanto già realizzato, per l'organizzazione di interventi formativi per le attività svolte, con particolare

riguardo agli aspetti normativi ed etici e alle disposizioni organizzative di attuazione della legge anticorruzione, nonché ai modelli e sistemi di gestione del rischio da utilizzare nel pubblico impiego.

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

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

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

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

Codice di comportamento

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

L'Azienda ha adottato tale Codice, con procedura aperta alla partecipazione, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso pubblico con l'invito agli stakeholder a far pervenire eventuali proposte e osservazioni sulla bozza in pubblicazione e previo parere obbligatorio del proprio Nucleo Interno di Valutazione, nelle funzioni di Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). Il Codice individua le specifiche regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel codice di comportamento nazionale e fissa ulteriori norme di comportamento idonee a qualificare e valorizzare il profilo ed il ruolo dei dipendenti dell'Azienda, nel rispetto dei succitati principi costituzionali ispiratori e di quelli posti a fondamento della "mission" aziendale.

Al fine di dare la massima diffusione a tutto il personale dipendente dell'adozione del Codice di comportamento aziendale, lo stesso è pubblicato nel sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente". Nel corso del 2021, l'Azienda intende conformare, alla luce delle linee-guida ANAC n. 177 del 19/2/2020, l'applicazione del codice di comportamento alle previsioni contenute nel presente piano, nell'ottica dell'ottimizzazione di tutti gli

strumenti che l’Azienda mette a disposizione in materia di prevenzione della corruzione e di doveri di comportamento, come individuati dalle norme e dai regolamenti in materia.

Nella medesima ottica, questa Azienda ha aggiornato negli anni recenti i Regolamenti Aziendali che dettano le disposizioni riguardanti le procedure disciplinari nei confronti di tutto il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa e di Comparto del Servizio Sanitario Nazionale dell’A.O.U. Federico II, sia quello dipendente dell’Università Federico II e assegnato al contingente dell’Azienda, sia quello con rapporto di lavoro con l’Azienda. A tali Regolamenti l’Azienda ha dato ampia diffusione sul proprio sito istituzionale, anche mediante segnalazione in evidenza nella sezione del portale aziendale dedicata al personale.

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

Obblighi informativi

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

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

Per quanto concerne i rapporti tra l’Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, i Referenti sono tenuti a monitorare e vigilare, nell’ambito delle strutture organizzative di competenza, l’esistenza di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dipendenti dell’Amministrazione. Gli esiti di detta verifica, se positiva, dovranno essere comunicati tempestivamente al Responsabile, al fine dell’adozione delle opportune misure.

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

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

Divieto di pantouflage

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

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

2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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

Allo stato sono individuati, come Referenti della prevenzione della corruzione, i Direttori dei D.A.I. e i Dirigenti Responsabili delle UU.OO.CC. Amministrative e Tecniche.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'adozione di tale modello permette di creare un efficiente sistema di rilevazione di proposte e dati utili alla prevenzione della corruzione, evitando il rischio dell'adozione di strumenti preventivi e di controllo non idonei a tutelare l'azione amministrativa. Ciò, infatti, potrebbe verificarsi a seguito di un deficit informativo, qualora l'adozione delle misure preventive

fosse concentrata in un unico soggetto nell'ambito di un'organizzazione così complessa come quella dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Il flusso informativo bidirezionale avviene secondo la seguente sequenzialità:

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

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

2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

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

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, adottato a seguito di detta delega in argomento, individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione, prevedendo, altresì, che "il Responsabile svolga stabilmente una attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'Organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione."

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

La nozione di trasparenza già con il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni», assumeva un rilievo

centrale, intendendosi con essa «accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione». La stessa normativa qualifica la trasparenza come “livello essenziale delle prestazioni erogate dalle pubbliche amministrazioni”, il che significa che la trasparenza, in base all'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione, rientra tra i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale.

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

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

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

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

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

Gli obiettivi strategici aziendali in materia di trasparenza sono, tra l'altro, connessi a quelli definiti nel Piano della performance, documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e

regionale, nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'Azienda per la misurazione e la valutazione della performance.

Al fine di garantire il coordinamento e l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il Piano della performance prevede esplicitamente il riferimento agli obiettivi da conseguire tramite la realizzazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione per la trasparenza (PTPC) per il triennio di riferimento, per tradurre, per quanto possibile, le misure di prevenzione della corruzione, in obiettivi organizzativi e individuali.

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

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

Risulta, quindi, necessario garantire un'integrazione di questi strumenti e far in modo che le misure sulla trasparenza contenute nel presente Piano diventino veri e propri obiettivi da inserire nel Piano della performance. Tale processo di promozione della trasparenza e della comunicazione, già avviato negli anni da questa Azienda, come rappresentato, viene costantemente seguito, anche alla luce dell'attuale quadro normativo. A tal riguardo, anche grazie al contributo dell'O.I.V., al processo di valutazione della performance per il personale dirigente e di comparto, in particolare nella fase di predisposizione delle relative schede di valutazione, hanno preso parte gruppi di lavoro individuati dalla Direzione Strategica, composti sia da rappresentanze della dirigenza che da rappresentanze del comparto, relativamente ad entrambe le macro aree di competenza: D.A.I. e U.O.C. amministrative e tecniche.

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

In particolare, gli obiettivi del PTPC sono inseriti nel Piano della performance in riferimento a:

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

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

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

Dal 2018, l'Azienda è parte della Rete della Trasparenza del S.S.R. costituito in seno alla I Commissione Consiliare Speciale della Regione Campania "per la trasparenza, per il controllo delle attività della Regione e degli enti collegati e dell'utilizzo di tutti i fondi". Tale tavolo è costituito dai dirigenti Responsabili della Trasparenza delle AA.S.L., delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione Campania, con l'intento principale di fare rete nello scambio di "best practies" e di elaborazione di procedure comuni negli adempimenti e nelle problematiche connesse alla trasparenza nelle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

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

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

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

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

Iniziative di comunicazione della trasparenza

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

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

Un ulteriore strumento di trasparenza, teso ad innalzare il livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi resi dall’amministrazione, che è stato avviato negli ultimi anni e viene costantemente implementato, è il processo teso a favorire l’ascolto, il coinvolgimento e la comunicazione da parte dei soggetti interessati, dotandosi degli strumenti più appropriati per indagare circa la soddisfazione dei propri clienti, mediante un sistema di rilevazione del grado di soddisfacimento degli utenti (questionario somministrato da alcune strutture nelle quali è svolta l’attività assistenziale).

Nell’ottica di favorire tali iniziative mediante strumenti trasparenti e celeri, l’Azienda ha adottato appositi regolamenti per disciplinare le modalità di presentazione dei reclami, nonché quelle finalizzate a garantire la pubblica tutela., oltre a curare il costante aggiornamento del magazine aziendale.

Alla funzione della comunicazione l’Azienda ha apportato ulteriori processi migliorativi, anche con l’introduzione di sistemi di facile accessibilità e reperibilità. A tal fine, nel portale aziendale è presente un’area, portale aziendale denominata “web magazine-area comunicazione”, periodico online, nel quale sono riportati articoli che riguardano la scienza

e la medicina, la prevenzione e la promozione della salute, la cultura e la società, le innovazioni tecnologiche ed i nuovi media, nonché iniziative sia di aggiornamento e formazione, sia di innovazione nei servizi aziendali, sia di evidenza di eccellenze assistenziali, al fine di rendere i cittadini consapevoli delle competenze professionali nella sanità.

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

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

Inoltre, il web magazine rappresenta sia un importante strumento di comunicazione interna, perché consente ai professionisti dell'Azienda di condividere le numerose attività assistenziali e di ricerca svolte nell'A.O.U., sia di comunicazione e di coinvolgimento esterno, attraverso la creazione di un dialogo aperto, semplice e trasparente con la cittadinanza sui temi della salute e del benessere. A tal riguardo, l'Azienda, con proprie circolari, ha definito le procedure da adottare per le attività di comunicazione esterna e con i media.

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

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

Al fine di implementare le iniziative tese a favorire l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi aziendali, è stato attivato nel 2020 ed implementato nel 2021, il servizio "e-CUPT" che permette di prenotare, spostare, disdire e pagare le prestazioni sanitarie attraverso smartphone o tablet connessi ad internet. Altresì, l'Azienda ha implementato, nel 2021, le postazioni CUP interne. Di tali iniziative è stata data ampia diffusione nel portale aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

Infine, si evidenzia che, coerentemente con quanto disciplinato dal novellato art. 5 del citato D. Lgs. 33/13, nonché dalle normative vigenti in materia di tutela dei dati personali, il diritto di accesso civico, inteso sia quale diritto di richiedere all'Amministrazione documenti

informazioni o dati per i quali sia prevista la pubblicazione obbligatoria, sia quale diritto di accedere ai dati ed ai documenti detenuti dall'Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi della normativa in argomento, può essere esercitato mediante istanza inoltrata all'Amministrazione, senza obbligo di motivazione, anche inoltrandola all'indirizzo di posta elettronica: accessocivico.aou@unina.it, mediante l'utilizzo dell'apposita modulistica e reperibile sul sito internet aziendale, unitamente a tutte le informazioni utili per l'esercizio del siffatto diritto.

Si segnala, inoltre, nell'ottica di assicurare il perseguimento degli obiettivi strategici in tema di trasparenza, si segnala la tenuta aggiornata dei flussi informativi aziendali, delle scadenze dei relativi adempimenti e dei relativi responsabili. Lo schema riportante tali flussi è reperibile nella sezione "Amministrazione Trasparente" del portale aziendale.

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

Rotazione degli incarichi

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

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

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

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

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

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

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

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

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

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

La valenza strategica è definita:

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

La complessità organizzativa è definita da:

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

Le risorse umane e strumentali possono essere attribuite esclusivamente ai D.A.I., alle UU.OO.CC. e alle UU.OO.SS.DD.

La dotazione di posti letto è determinata dal Piano Ospedaliero Regionale, di cui al DCA n.33/2016 e ss.mm.ii. e dal Protocollo di Intesa Regione Campania/Università Federico II 2016-2018, di cui al DCA n.48/2016 che attribuiscono all'AOU Federico II n. 829 posti letto nonché dalla nota prot. 167 del 12/01/2017 con cui il Commissario ad Acta ha attribuito ulteriori n. 25 Posti letto all'A.O.U. Federico II rispetto a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa 2016/2018. Risultano, quindi, complessivamente n. 854 di cui n. 3 soppressi con DCA n. 5/2018 di approvazione del Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera

ai sensi del DM 70/2015 (e riconfermato dal DCA n. 103/2018) per un totale di n. 851 posti letto.

Il precedente Protocollo d'intesa 2011-2013 attribuiva all'A.O.U. n. 936 posti letto. Ne consegue che è stata effettuata una decurtazione complessiva di 85 posti letto.

Il modello organizzativo al 31.12.2021

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

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

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

Tabella 5 - Strutture organizzative A.O.U. Federico II ¹

Strutture	Numero
D.A.I.	11
U.O.C. amministrative	7
U.O.C. sanitarie (**)	61
U.O.S.	48
U.O.S.D.	26
Programmi	90

Inoltre, l'A.O.U. ha istituito i Programmi così come previsto dall'art. 5 c. 4 del D. Lgs. n. 517/99, che detta: "Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità

¹ (*) Aggiornamento al 31/12/2021 - (**) Sono compresi i servizi centrali sanitari

e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione.”

Tabella 6 - Dipartimenti assistenziali ad attività integrata al 31/12/2021

DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI AD ATTIVITA' INTEGRATA (D.A.I.)
1. TESTA-COLLO
2. ONCOEMATOLOGIA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E MORFOLOGICA E MEDICINA LEGALE
3. MATERNO INFANTILE
4. MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA CLINICA E MALATTIE INFETTIVE
5. EMERGENZE CARDIO-VASCOLARI, MEDICINA CLINICA E DELL'INVECCHIAMENTO
6. MEDICO-CHIRURGICO DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE
7. CHIRURGIA GENERALE, ENDOCRINOLOGIA, ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE
8. MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO
9. MEDICINA DI LABORATORIO E TRASFUSIONALE
10. SANITA' PUBBLICA, FARMACOUTILIZZAZIONE E DERMATOLOGIA
11. CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIE SPECIALISTICHE, DEI TRAPIANTI DI RENE, NEFROLOGIA, CURE INTENSIVE E DEL DOLORE

Non meno importante è la struttura organizzativa dell'apparato burocratico amministrativo. Infatti, per assicurare la razionale programmazione e gestione ed il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è identificata la macro area delle attività amministrative, tecniche e logistiche che ricomprende le strutture organizzative, amministrative e tecniche dell'Azienda. L'articolazione della macro area in strutture organizzative e la declaratoria delle funzioni è contenuta nel POFA aziendale.

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

Tabella 7 - UU.OO.CC. Tecniche e Amministrative e Sanitarie e Staff Direzione Strategica

UU.OO.CC. TECNICHE E AMMINISTRATIVE E SANITARIE E STAFF DIREZIONE STRATEGICA Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”
1. U.O.C. Gestione acquisizione di beni e servizi
2. U.O.C. Gestione Affari Generali
3. U.O.C. Gestione patrimonio edile e tecnico-impiantistico
4. U.O.C. Gestione risorse economico-finanziarie
5. U.O.C. Gestione risorse umane
6. U.O.C. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA, Sistemi Informativi e ICT
7. U.O.C. Prevenzione e Protezione nei Luoghi di Lavoro
8. U.O.C. Farmacia Centralizzata
9. Macro area organizzativa della programmazione sanitaria e delle attività assistenza
10. Staff della Direzione strategica ²

Un'importante innovazione rispetto al passato si riscontra nella previsione di aree di coordinamento funzionali, sia nella macro area sanitaria, sia nella macro area amministrativa, che fungono da collettore tra le diverse attività sanitarie e amministrative avendo come obiettivo fondamentale la soddisfazione del paziente.

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'A.O.U. definita: – in base agli artt. 2 e 3 del vigente Protocollo d'intesa Regione/Università; – in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca; – del Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015; – del Decreto del Commissario ad Acta Regione Campania n. 67 del 14/07/2016; – del Decreto della Giunta Regionale n. 593 del 22/12/2020. Nel calcolo della forza lavoro attiva, si ricorre alla metodologia del full time equivalent (equivalenza rispetto all'orario di lavoro a 36-38 ore) in quanto nel contingente aziendale è incluso il personale docente e ricercatore dell'Università il cui monte orario assistenziale è stato fissato in ore 26, con Decreto Rettoriale n.3004 del 25/09/2012 e successivamente modificato con Decreto Rettoriale n. 2121 del 12/06/2013.

² Lo Staff di Direzione strategica comprende i seguenti servizi: Logistica e mobilità interna; Programmazione, Controllo di gestione e Valutazione; Analisi dei fabbisogni formativi, progettazione didattica e valutazione; Reclutamento del personale e gestione specialistica ambulatoriale; Segreteria generale, coordinamento relazioni con Enti e Organi istituzionali, Protocollo generale, Albo pretorio; Comunicazione, URP e Ufficio Stampa; Affari Legali; Gestione contenzioso civile e transazioni, Gestione contenzioso civile e amministrativo, Gestione contenzioso lavoro e penale (al 31.12.2021)

Tabella 8 - Dotazione Organica al 31.12.2021

	Tecnico sanitario		a-Dirigenti Medici		b-Dirigenti sanitari non medici		c-Dirigenti tecnici-professionali-amministrati		d-Infermieri		e-Amministrativi		f-Tecnici non sanitari		g-Tecnici sanitari		h-Ausiliari		Totale	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	0	0,0	3	3,0	0	0,0	2	2,0	8	8,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0	1	1,0	17	17,0
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	0	0,0	3	3,0	8	6,6	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	11	7,6	0	0,0	23	18,2
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	11	11,1	33	33,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	46	45,3
Contrattisti storici	0	0,0	1	1,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	6,0
Convenzionati Interinali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	3	3,0	2	2,0	0	0,0	8	8,0
Dotazione Universitaria	0	0,0	361	214,5	49	35,3	18	17,5	234	233,7	84	83,3	30	30,0	31	30,3	10	10,0	817	654,6
Dotazione a tot. carico Aziendale	1	1,0	177	175,3	29	29,0	4	4,0	540	539,0	57	56,7	58	58,0	101	101,0	129	129,0	1.096	1.093,0
Ex-Gettonati	0	0,0	59	56,9	5	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	64	61,9
Specialista Ambulatoriale	0	0,0	97	88,9	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	99	90,7
TD CO.CO.CO.	0	0,0	24	24,0	1	1,0	0	0,0	82	77,7	7	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	109,3
r-Altre Convenzioni	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	22	0,0	0	0,0	0	0,0	25	0,6
Totale	1	1,0	728	567,4	99	83,8	24	23,5	879	873,4	183	180,7	113	91,0	148	143,9	140	140,0	2.315	2.104,7

La dotazione organica nell'anno 2021 ha subito variazioni tenuto conto dell'emergenza COVID-19 (e quindi della necessità di disporre di personale sanitario dedicato) nonché del mancato rinnovo del personale in convenzione con agenzie interinali.

Tabella 9 - Variazione dotazione organica biennio 2020 – 2021

	Al 31/12/2020		Al 31/12/2021		variazione dotazione organica	
	N.	FTE	N.	FTE	N.	FTE
Comandati	22	22,0	17	17,0	-23%	-23%
Contrattisti a carico dei fondi destinati a progetti	31	25,6	23	18,2	-26%	-29%
Contrattisti a carico del bilancio aziendale o regionale	74	73,4	46	45,3	-38%	-38%
Contrattisti storici	11	11,0	6	6,0	-45%	-45%
Convenzionati Interinali	124	123,2	8	8,0	-94%	-94%
Dotazione Universitaria	833	674,0	817	654,6	-2%	-3%
Dotazione a tot. carico Aziendale	890	880,9	1.096	1093,0	23%	24%
Ex-Gettonati	88	85,9	64	61,9	-27%	-28%
Specialista Ambulatoriale	104	96,0	99	90,7	-5%	-5%
TD CO.CO.CO.	127	122,8	114	109,3	-10%	-11%
r-Altre Convenzioni	20	7,9	25	0,6	25%	-93%
Totale	2.324	2.122,78	2.315	2.104,70	-0,4%	-0,9%

3.2 Organizzazione del lavoro agile

La presente sottosezione definisce le strategie e le linee di indirizzo attuate per l'applicazione del lavoro agile durante l'emergenza COVID – 19.

In Italia, il lavoro agile è stato disciplinato per la prima volta con la legge n. 81 del 2017, agli artt. 18-23, e si configura come una modalità di svolgimento del lavoro subordinato, che si affianca alle altre modalità di lavoro "a distanza" (e, dunque, il lavoro a domicilio e il telelavoro), con cui condivide diversi elementi, ma da cui si differenzia per il carattere parziale e non continuativo della prestazione resa all'esterno dei locali aziendali.

Infatti, secondo l'art. 18, 1. n. 81/2017, il lavoro agile è una «*modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato ...anche conforme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro*», in cui «*la prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno*».

Durante le fasi più acute della pandemia il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, in virtù dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17/3/2020 n.18, convertito con la legge 24/4/2020 n. 27.

Nel mese di marzo 2020, a causa dell'emergenza COVID-19, è emersa improvvisamente la necessità di apportare modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori.

Nell'epoca emergenziale il lavoro agile è divenuto, pertanto, la modalità necessitata e ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017, con la previsione della possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22/5/2017 n. 81.

In tale situazione emergenziale l' A.O.U. ha emanato, in via d'urgenza, linee di indirizzo per l'applicazione del lavoro agile all'interno delle strutture, avviando il ricorso alla modalità agile in via semplificata, temporanea e d'urgenza in relazione alla natura di *struttura che eroga anche assistenza* e che, dunque, ha dovuto garantire per tutto il periodo dell'emergenza COVID-19 prestazioni assistenziali.

Nelle more dell'adozione del POLA, previsto dall'art. 263 comma 4. bis del D.L. 19/05/2020 n. 34, convertito con Legge 17/07/2020 n. 77 in coerenza con i provvedimenti governativi succedutisi nel periodo emergenziale, sono state adottate numerose circolari in merito alle misure organizzative, alle modalità di ricevimento degli utenti e all'erogazione dei servizi e all'applicazione del lavoro agile.

L'A.O.U. Federico II nel corso del triennio 2020 - 2022, ha emanato Disposizioni in materia di organizzazione del lavoro agile (nota prot. n. 40005 del 13/03/2020, nota prot. n. 4230 del 17/03/2020, nota prot. n. 4602 del 23/03/2020, nota prot. n. 4758 del 25/03/2020, nota prot. n. 4759 del 25/03/2020, nota prot. n. 5960 del 15/04/2020, nota prot. n. 16521 del 26/10/2020, nota prot. n. 17369 del 06/11/2020, nota prot. n. 16521 del 26/10/2020, nota prot. n. 14628 del 02/07/2021, nota prot. n. 26369 del 19/10/2021, nota prot. n. 7611 del 16/02/2022, nota prot. n. 10144 del 03/03/2022).

Da ottobre 2021, a seguito del Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell' 8/10/2021, la modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa per i dipendenti pubblici è tornata ad essere quella in presenza con decorrenza dal 15 ottobre 2021.

Il superamento del lavoro agile emergenziale si è quindi compiuto con l'approvazione delle "Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche" avvenuta il 16/12/2021 in Conferenza Unificata. Tale documento anticipa i contenuti dei nuovi contratti collettivi di lavoro, che disciplineranno i contenuti del lavoro agile, mentre l'autonomia organizzativa riconosciuta alle singole amministrazioni si realizzerà pienamente con l'adozione del P.I.A.O. (Piano Integrato di attività ed organizzazione), che assorbirà il POLA.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

Il Piano dei fabbisogni, da redigere in coerenza con l’Atto aziendale di cui all’art. 3, comma 3 bis D. Lgs 502/92, deve rispettare la programmazione dell’attività dell’Azienda, definizione degli obiettivi e deve indicare le risorse finanziarie destinate, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente.

La programmazione delle assunzioni di personale deve tenere conto:

- *delle esigenze di sostenibilità dei Corsi di Studio della Scuola di Medicina e Chirurgia;*
- *dell’obiettivo di superamento definitivo (pressoché raggiunto) dei contratti di somministrazione;*
- *della necessità di procedere alle stabilizzazioni del personale precario ai sensi delle previsioni di cui al D. Lgs n. 75/2017, art. 20, commi 1 e 2, e s.m.i. (c.d. Legge Madia) nonché alla legge n. 234/2021, art. 1, comma 268, (personale reclutato durante l’emergenza COVID - 19).”*

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021/2023 dell’A.O.U. Federico II, prevede un numero totale di assunzioni pari a n. 537 unità nel triennio 2021/2023, delle quali n. 265 già assunte nel corso del 2021 e n. 242 programmate per il 2022, salvo eventuali rimodulazioni a seguito del continuo monitoraggio della spesa di personale che deve tenere conto, tra l’altro, dei costi derivanti dalle autorizzazioni allo svolgimento delle attività assistenziali dei professori e ricercatori nonché dei passaggi all’inquadramento superiore, come riportato nella tabella sottostante:

Tabella 10 – PTFP 2021/2023

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

4. MONITORAGGIO

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

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

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

4.1 Comunicazione del P.I.A.O.

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

