



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

TRIENNIO 2026 - 2028

Indice

PREMESSA.....	3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1. L'A.O.U. Federico II	5
1.2. L'attività dell'A.O.U. Federico II.....	6
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	9
2.1. Valore pubblico.....	9
2.1.1. Mandato istituzionale e missione	10
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
2.1.5. Relazione con i cittadini: pubblica tutela ed accoglienza	14
2.1.6. Azioni tese all'efficientamento energetico	17
2.2. Programmazione e interventi art. 20 – PNRR/PNC – POR/FESR	17
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza.....	22
2.4. Performance	29
2.4.1. Albero della Performance	30
2.4.2. Il processo di definizione degli obiettivi strategici	31
2.4.3. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi - il ciclo della performance	38
2.4.4. La valutazione del personale	55
2.5. Piano triennale di azioni positive	56
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	61
3.1. Struttura organizzativa	61
3.2. Organizzazione del lavoro agile	68
3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale	72
3.4. Piano formativo aziendale.....	74
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	76
4.1. Comunicazione del P.I.A.O.	76

PREMESSA

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha stabilito 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 (di seguito anche 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 le amministrazioni.

Il presente Piano intende:

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

Mediante il presente documento l'A.O.U. Federico II definisce i propri obiettivi di performance, la strategia di organizzazione e gestione del capitale umano, gli strumenti di trasparenza e anticorruzione, le strategie di semplificazione e le modalità di monitoraggio degli obiettivi assegnati. In tal modo si favorisce la piena consapevolezza del contributo professionale di ciascun operatore alla realizzazione della mission aziendale e si migliora la qualità del servizio reso agli stakeholder.

Il P.I.A.O. è articolato in quattro sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, contiene i dati identificativi e le caratteristiche dell'Azienda;

2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, illustra gli obiettivi generali e specifici, le azioni di programmazione, le misure di trasparenza e anticorruzione, le iniziative per la parità di genere e suddivisa in cinque sottosezioni:

- ✓ Valore Pubblico;
- ✓ Programmazione e interventi art. 20 – PNRR/PNC – POR/FESR;
- ✓ Rischi corruttivi e trasparenza;
- ✓ Performance e Piano triennale di azioni positive.

3. **Organizzazione e capitale umano**, descrive il modello organizzativo dell'Azienda e i dati aggregati relativi al personale e comprende quattro sottosezioni:

✓ Struttura organizzativa con l'organigramma aziendale (numero di DD.AA.II., UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD., PP. II. I Fascia e PP. II. II Fascia), il numero di UU.OO. afferenti all'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico – Amministrativi e la dotazione organica al 31.12.2025:

- ✓ Organizzazione del lavoro agile;
- ✓ Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- ✓ Piano formativo aziendale.

4. **Monitoraggio**, dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio del P.I.A.O.

Si rappresenta che, con Delibera di Giunta della Regione Campania n. 150 del 03.04.2024, avente ad oggetto "Approvazione Schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli Federico II", è stato approvato lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II", di durata triennale, per l'adozione del modello unico di Azienda Ospedaliera Universitaria di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. n. 517/1999, con autonoma personalità giuridica.

La suddetta Delibera n. 150 del 03.04.2024 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania (BURC) n. 31 del 15.04.2024.

Con Deliberazione n. 602 del 16.04.2024, questa A.O.U. ha preso atto dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II", di durata triennale, per l'adozione del modello unico di Azienda Ospedaliera Universitaria di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. n. 517/1999.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con nota prot. n. 0296235 del 14.06.2024, assunta al n. 35093 del protocollo aziendale in data 17.06.2024, ha trasmesso a questa A.O.U. il Protocollo d'Intesa n. 22 del 30.05.2024, con relativi allegati, sottoscritto digitalmente dal Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" e dal Presidente della Giunta Regionale della Campania, affinché si provveda agli adempimenti di competenza.

L'A.O.U. Federico II, con Deliberazione n. 913 del 18.06.2024, ha preso atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" per l'adozione del modello unico di Azienda Ospedaliera Universitaria di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. n. 517/1999.

Si rappresenta, inoltre, che è in corso la stesura del nuovo atto aziendale alla luce del predetto Protocollo d'Intesa e che, pertanto, il presente documento fa riferimento all'atto aziendale vigente.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

CHI SIAMO	
Denominazione	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Direttore Generale	Dott.ssa Elvira Bianco
Direttore Amministrativo	Avv. Stefano Visani
Direttore Sanitario	Dott.ssa Edvige Cascone
Partita Iva	06909360635
Indirizzo	Via Sergio Pansini 5, 80131 Napoli
CONTATTI	
E-mail	diraup@unina.it
E-mail Protocollo	aouproto@unina.it
Pec	aou.protocollo@pec.it
Sito Web Aziendale	https://www.policlinico.unina.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1

Tabella 1: Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

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

L'Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) "Federico II" di Napoli, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D. Lgs. 165/2001 e dell'art. 2, comma 1, del D. Lgs. 517/1999, è un ente di diritto pubblico, dotato di autonoma personalità giuridica, che opera secondo modalità organizzative e gestionali determinate dall'Azienda stessa, in analogia alle disposizioni degli articoli 3, 3-bis, 3-ter e 4 del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., fatte salve le specifiche previsioni contenute nel D. Lgs. 517/1999.

Ai sensi dell'art. 1 del Protocollo d'Intesa, l'A.O.U. realizza l'integrazione tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II", svolgendo in modo unitario e inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Come affermato dalla Corte Costituzionale nella Sentenza n. 71 del 07.03.2011, "l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico-scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione", 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 perseguimento delle finalità didattiche e di ricerca.

Ai sensi del medesimo articolo, l'A.O.U. Federico II adotta il modello aziendale unico di azienda ospedaliera universitaria di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. 517/1999, con autonoma personalità giuridica.

L'art. 3 del Protocollo d'Intesa stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda siano disciplinati mediante atto aziendale di diritto privato, al fine di garantire una coerente integrazione tra l'attività assistenziale, gli obiettivi di programmazione regionale e lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Scuola di Medicina.

Nell'atto aziendale sono individuate le strutture assistenziali che consentono l'effettiva integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

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

L'Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) Federico II di Napoli è sede della Scuola di Medicina e Chirurgia e delle Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Costituisce la maggiore e più articolata Azienda universitaria del Mezzogiorno ed è una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione sul territorio nazionale.

Eroga attività assistenziale nei setting tipici delle strutture ospedaliere, quali ricoveri ordinari a ciclo continuo, ricoveri diurni e attività ambulatoriali, in numerose branche della medicina e della chirurgia, comprese l'odontoiatria e la stomatologia, in linea con la funzione ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

Nel corso degli anni l'A.O.U. "Federico II" ha consolidato un ruolo importante all'interno della rete dell'emergenza regionale, in particolare:

- Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico
- Partecipazione alla Rete dell'Emergenza Cardiologica (D.C.A. n. 49 del 27.09.2010 e ss.mm.ii.), che definisce un sistema organizzativo basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie). L'A.O.U. "Federico II" è riconosciuta quale Centro HUB per emodinamica interventistica e cardiocirurgia e quale centrale operativa cardiologica di riferimento dei Dipartimenti Integrati delle Emergenze dell'ASL Napoli 1 Centro. Successivamente, il decreto n. 64 del 16.07.2018 ha attribuito all'A.O.U. "Federico II" il ruolo di HUB per la Macroarea Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord, oltre che di Centrale cardiologica di refertazione per la provincia di Napoli.
- Partecipazione alla Rete Ictus con centro stroke di II livello (D.C.A. n. 103/2018), adottando un modello HUB & Spoke. Anche in questo caso, all'A.O.U. "Federico II" viene attribuita la funzione di Centro HUB.
- Accesso dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso dell'A.O.R.N. Cardarelli ai sensi del D.C.A. 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..

Per la complessità e l'elevata qualificazione delle prestazioni erogate, è stato confermato ed esteso il ruolo dell'A.O.U. "Federico II" nell'ambito della rete regionale di assistenza ospedaliera per acuti e riabilitazione, con le seguenti funzioni:

Area ad alta specialità

- ✓ Centro Trapianti di rene (anche da donatore vivente)
- ✓ Centro Trapianti di midollo
- ✓ Centro HUB della Rete oncologica, con la costituzione di numerosi GOM (Gruppi oncologici multidisciplinari) e l'implementazione dei relativi PDTA
- ✓ Centro di Procreazione Medicalmente Assistita

Area intensiva

- ✓ Spoke di II livello per la terapia del dolore
- ✓ Terapia Intensiva e Sub intensiva Neonatale (TIN) di alta specialità per l'assistenza ai neonati affetti da patologie rare
- ✓ Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN), attivo 24 ore su 24, dedicato al trasporto di neonati patologici dai centri nascita alle terapie intensive e sub intensive neonatali. In Campania sono attive tre unità di Trasporto Neonatale; lo STEN dell'A.O.U. "Federico II" coordina le chiamate per le province di Napoli e Salerno

✓ HUB destinato allo STAM per gravidanze ad elevata complessità per patologie materne e/o fetali

Altre specifiche attività

✓ Presenza del Ceinge nel complesso di Cappella Cangiani, che eroga prestazioni diagnostiche in favore dell'A.O.U. "Federico II" e di altre aziende regionali, nel quale l'A.O.U. detiene una quota del 60%

✓ Presenza dell'A.O.U. "Vanvitelli", che utilizza le strutture diagnostiche dell'A.O.U. "Federico II" nel complesso di Cappella Cangiani, con rimborso dei costi effettivi sostenuti

✓ Continuità assistenziale nel passaggio dall'età adolescenziale all'età adulta per patologie specifiche (es. diabete, fibrosi cistica) e malattie rare

✓ Presenza di numerosi Centri di riferimento regionali (Tabella 1), caratterizzati da particolari e rare competenze, attraverso i quali l'A.O.U. "Federico II" garantisce una quota rilevante dell'attività assistenziale regionale, assicurando una coerente integrazione tra prestazioni assistenziali, obiettivi di programmazione regionale e funzioni didattiche e scientifiche della Scuola di Medicina e Chirurgia:

Denominazione centro di riferimento regionale	Provvedimento regionale
Chirurgia bariatrica e Terapia Interdisciplinare dell'obesità grave	Deliberazione della Giunta Regionale n. 464 del 13 Marzo 2009
Prevenzione, Diagnosi e Trattamento della Calcolosi Urinaria	Delibera della Giunta Regionale n. 469 del 13/09/2022
Diagnosi e Terapia delle Dislipidemie familiari	BURC n. 55 del 31 ottobre 2005 / Delibera Giunta Regionale n. 1280/2005
Chirurgia Mini-Invasiva e Robotica Pediatrica	Delibera della Giunta Regionale n. 535 del 30/11/2021
Traumatologia Cranio-Maxillo-Facciale	Legge regionale n. 4 del 15 marzo 2011
Patologia Orbitaria	Legge Regionale n. 5 del 6 maggio 2013 (art. n. 64)
Fibrosi Cistica	Delibera della Giunta Regionale n. 1168 del 16 marzo 2001
Centri Certificatori per le malattie rare	Delibera della Giunta Regionale n. 523 del 08/08/2017
Centro epilessia	BURC n. 24 del 2006
Diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in età evolutiva	DCA n. 51 del 29/06/2018
Screening per l'ipotiroidismo congenito	Delibera Giunta Regionale n. 791 del 19/12/2017
Diabetologia pediatrica	BURC n. 8 del 2004
Diagnosi e follow-up della celiachia	Decreto Dirigenziale n. 347 del 11/04/2024
Malattie reumatiche pediatriche	Delibera della Giunta Regionale n. 37 del 18/01/2006
Nutrizione artificiale	Delibera Giunta Regionale n. 236 del 16/02/2005
Malattie infiammatorie croniche intestinali	Decreto Dirigenziale n. 520 del 30.05.2025
Malattie infettive e AIDS in Ostetricia e Ginecologia	DCA n. 91/2018
Centro Regionale di Riferimento legittimato al rilascio del parere/autorizzazione per cure all'estero [Cure radioterapiche fuori regione, Ematologia (trapianti di midollo osseo e di cellule staminali emopoietiche), Chirurgia Vascolare e Malformazioni Vascolari, Cardiologia Invasiva, Chirurgia Plastica e Neuroriabilitazione]	Deliberazione Giunta Regionale Regionale n. 1/2011
Screening audiologico neonatale	DGRC n. 583/2017
Impianti Cocleari	DGRC n. 1616/2007
Centro di Coordinamento regionale tumori rari (CRTR)	DCA n. 90/2019 Decreto Dirigenziale n. 351/2019 e n. 54/2020
Soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva (vedi PDTA)	Deliberazione Giunta Regionale Regionale n. 131/2021
Diagnosi e le Terapie delle Malattie Endocrine Rare	DGR 1362 del 21/10/2005

Tabella 2: Centri di Riferimento Regionali dell'A.O.U. Federico II

Infine, con Deliberazione n. 1282 del 21.11.2023, si è preso atto della Delibera di Giunta della Regione Campania n. 575 del 18.10.2023, con la quale si demanda al Direttore Generale dell'A.O.U. "Federico II" di predisporre ogni attività finalizzata alla messa in esercizio degli ambulatori specialistici del nuovo Complesso Universitario di Scampia dell'Università "Federico II", di configurare il Complesso Universitario di Scampia quale Presidio Sanitario annesso all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" e di avviare, in una prima fase, gli ambulatori di Cardiologia, Pediatria ed Endocrinologia (Diabete e Nutrizione).

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Il contesto attuale consente di ripensare il Servizio Sanitario Regionale, orientando l'attenzione su dimensioni non meramente economicistiche, ma capaci di favorire concretamente l'applicazione dei principi di universalità, accessibilità ed equità.

In tale quadro, la generazione di valore pubblico assume significati che vanno oltre la sola dimensione economica, soprattutto nell'ambito organizzativo di un'Azienda Ospedaliera Universitaria, impegnata a integrare in modo unitario le funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

2.1. Valore pubblico

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 mirano 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 migliore 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'A.O.U. "Federico II" si ispira ai seguenti principi cardine:

✓ **Responsabilizzazione diffusa del personale:** ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico formalmente attribuito, assume comportamenti responsabili e orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali, in coerenza con le linee strategiche e con il proprio ruolo lavorativo.

✓ **Flessibilità:** le scelte organizzative devono garantire un utilizzo ottimale delle risorse, favorendo economie di specializzazione e di scala, per adattarsi ai bisogni sanitari mutevoli e differenziati della popolazione.

✓ **Dinamicità governata:** introduzione permanente di un "sistema circolare" basato su programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, con strumenti dedicati alla misurazione dei risultati e dei costi.

✓ **Innovazione:** promozione di un continuo miglioramento gestionale e tecnologico, attraverso analisi e valutazioni sistematiche, con soluzioni innovative calibrate sulle specificità organizzative.

L'innovazione organizzativa deve inoltre garantire il miglioramento delle competenze mediante:

- il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca individuati dall'Università e integrati nella programmazione aziendale;
- la ricerca dell'eccellenza nei percorsi di cura e nei processi clinico-assistenziali;
- il monitoraggio costante delle prestazioni e delle modalità di erogazione;
- l'attenzione all'introduzione di nuove tecnologie, valutate congiuntamente dal management e dagli operatori sanitari sotto il profilo economico e clinico.

✓ **Multidisciplinarietà:** realizzata attraverso l'integrazione tra professionisti delle diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori amministrativi e tecnici. L'organizzazione per processi e la strutturazione in Dipartimenti con compiti di coordinamento tecnico e verifica dei risultati sono condizioni essenziali.

- ✓ **Snellimento dell'organizzazione:** soluzioni organizzative che garantiscano l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali, evitando la parcellizzazione e favorendo la cooperazione e la corresponsabilità in un contesto di diffusa fiducia professionale.
- ✓ **Valorizzazione delle risorse umane e professionali:** assicurando pari opportunità di accesso all'impiego, ai percorsi formativi, agli incarichi e allo sviluppo professionale.
- ✓ **Garanzia di legittimità, imparzialità e trasparenza:** attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e del volontariato, nonché mediante completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

2.1.1. Mandato istituzionale e missione

L'A.O.U. Federico II riconosce come propria mission il perseguimento congiunto di obiettivi di didattica, ricerca e assistenza, in coerenza con i legami istituzionali e funzionali con l'Università e la Scuola di Medicina e Chirurgia.

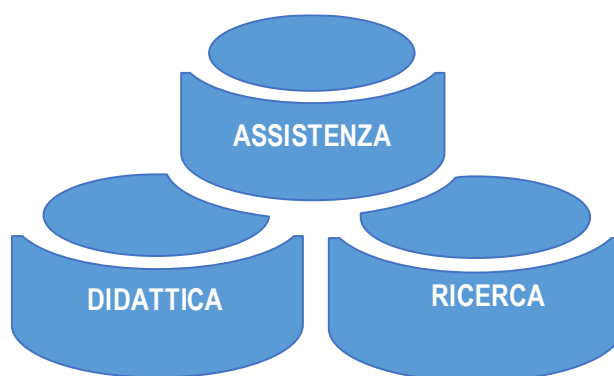


Figura 1: La triplice funzione dell'A.O.U. Federico II

La natura istituzionale dell'Azienda si sostanzia nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina e Chirurgia. Attraverso l'attività di assistenza, e in condizioni di autonomia garantita dal mantenimento di un solido equilibrio economico, l'A.O.U. ha come finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e ricerca che contraddistinguono la mission dell'Università. L'identità dell'A.O.U. Federico II è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità dei rapporti con l'Università e con la Regione Campania.

Il mix di attività di ricerca, didattica e assistenza consente all'A.O.U. di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, capace di rispondere a fabbisogni di elevata complessità. Ciò comporta, da un lato, la necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali per garantire le casistiche necessarie al percorso formativo degli studenti di medicina, degli assistenti in formazione (AIF) e degli studenti delle professioni sanitarie; dall'altro, la necessità di soddisfare 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. Tra questi si segnala il web magazine dell'A.O.U. Area Comunicazione, realizzato nel rispetto dei principi dell'Health Literacy, con l'obiettivo di:

- migliorare la comunicazione interna e l'adesione dei professionisti alla valorizzazione dell'immagine aziendale;
- sostenere la partecipazione del cittadino alle scelte di salute, favorendo l'adozione di stili di vita più sani attraverso linguaggi e notizie di facile fruibilità.

Per l'identificazione degli obiettivi strategici, l'A.O.U. individua i sistemi di interesse dei diversi stakeholder. La complessità organizzativa e gestionale tipica delle Aziende Ospedaliere Universitarie rispetto alle tradizionali Aziende Ospedaliere è data dal numero elevato e dalla varietà dei portatori di interesse.

I sistemi di interesse rappresentano il mix di attese che l'A.O.U. è chiamata a contemperare e soddisfare:

- Sviluppo socio-economico: attese legate alla copertura assistenziale e alla sostenibilità economica del sistema regionale (stakeholder principale: Regione Campania).
- Sviluppo delle conoscenze scientifiche: attese relative a ricerca, innovazione e didattica (stakeholder principale: Università "Federico II" e Scuola di Medicina e Chirurgia).
- Erogazione dei servizi sanitari: attese sulla qualità delle performance clinico-assistenziali e sull'accessibilità alle strutture (stakeholder principale: cittadini).
- Condizioni sociali e di lavoro: attese relative al benessere dei dipendenti e alla percezione pubblica dell'Azienda (stakeholder principale: personale).
- Semplificazione dei processi amministrativi: attese legate ai rapporti con i fornitori, nel rispetto di legalità e trasparenza (stakeholder principale: fornitori).

Il contemperamento di tali attese genera un sistema complesso di vincoli e opportunità, all'interno del quale l'A.O.U. deve individuare le tendenze più rilevanti e operare scelte coerenti con i propri fini istituzionali.

Infine, l'A.O.U. "Federico II" concorre alla realizzazione della mission del Servizio Sanitario della Regione Campania, definita come tutela globale della salute, perseguendo la qualità dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca per il miglioramento della salute dei cittadini e della collettività.

2.1.2. Visione dell'azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale

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

In coerenza con il contesto di riferimento, l'A.O.U. "Federico II" individua la propria visione e si ispira ai seguenti principi fondanti, che le consentono di interpretare al meglio la mission istituzionale:

- **Centralità della persona:** l'A.O.U. Federico II orienta il proprio operato alla centralità del paziente/utente, dei professionisti e degli studenti. Nei confronti del paziente/utente intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il fabbisogno sanitario, ma che tengano conto dell'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socio-culturali, psicologici). L'Azienda promuove la partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Sono garantite forme di tutela giurisdizionale e strumenti di segnalazione (esposti, denunce, reclami, opposizioni) secondo quanto previsto dalla Carta dei Servizi e dal Regolamento Aziendale di Tutela.

L'A.O.U. assicura inoltre i diritti di partecipazione e di accesso alla documentazione, nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza e riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo: l'Azienda valorizza il contributo professionale e promuove un clima organizzativo favorevole all'innovazione, all'apprendimento e alla condivisione del sapere. Si impegna a garantire pari opportunità tra uomini e donne, anche attraverso il Comitato Unico di Garanzia, e a prevenire fenomeni di discriminazione e mobbing mediante Comitati Paritetici previsti dai CC.NN.LL. dei comparti Università e Sanità. L'organizzazione e il

funzionamento dell'Azienda sono concepiti come condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale e umano degli studenti.

- **Governo clinico:** l'A.O.U. promuove condizioni cliniche e organizzative che favoriscano la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali, sviluppando politiche e strumenti che integrino ricerca, didattica e assistenza. Tale integrazione rappresenta un valore di riferimento e consente di creare sinergie tra innovazione scientifica e miglioramento dei percorsi di cura, offrendo prestazioni appropriate e rispondenti ai bisogni socio-culturali e psicologici della popolazione.

- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone la continua ricerca di efficienza ed efficacia nei processi sanitari e amministrativi. Ciò si realizza:

- attraverso modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione tra strutture e modalità multidisciplinari di lavoro;

- mediante la propensione dei professionisti all'adozione di pratiche cliniche appropriate. Operando all'interno del Sistema Sanitario Regionale, l'A.O.U. deve rispettare i vincoli economici e finanziari di sistema, al fine di preservare l'equilibrio aziendale e contribuire a quello generale della Regione Campania.

2.1.3. L'accessibilità digitale

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II persegue da anni una strategia di trasformazione digitale orientata al potenziamento dell'accessibilità ed alla semplificazione del rapporto tra istituzione e cittadino-paziente.

In linea con le direttive regionali ed i più recenti standard di sanità digitale, l'Azienda ha consolidato l'accesso ai documenti sanitari attraverso tre direttrici tecnologiche:

- middleware di integrazione: l'adozione di un'architettura di intermediazione volta a standardizzare, orchestrare e monitorare i flussi di dati tra gli ecosistemi informativi aziendali;
- Clinical Data Repository (CDR): la creazione di un archivio clinico centralizzato dedicato alla raccolta, catalogazione e conservazione a lungo termine dei documenti sanitari prodotti;
- ecosistema regionale: la piena sincronizzazione dei sistemi aziendali con l'Anagrafica Regionale e l'integrazione dell'archivio unico con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale.

Tale architettura consente oggi all'AOU di garantire l'accessibilità immediata e la portabilità dei documenti sanitari a tutti i propri assistiti.

In ossequio al principio europeo del "Once-Only", l'A.O.U. Federico II ha esteso la disponibilità della propria documentazione clinica tramite l'ecosistema "Campania in Salute". Parallelamente, è stato ingegnerizzato il processo di accesso alle cartelle cliniche. L'attivazione di un work flow interamente digitale permette all'utente di richiedere e scaricare la documentazione attraverso la piattaforma CDS, con accesso tramite SPID/CIE. Inoltre, il pagamento degli oneri amministrativi può essere reso tramite applicazione PagoPA.

Relativamente alla prenotazione dei servizi, l'integrazione con il CUP regionale abilita ad oggi il cittadino alla gestione autonoma di appuntamenti e pagamenti, estendendo tali funzionalità anche ai propri familiari.

Sul piano della comunicazione istituzionale, l'A.O.U. agisce in stretta conformità con le Direttive Europee e le Linee Guida WCAG 2.1. L'impegno nel superamento delle barriere digitali si concretizza in:

- intelligenza artificiale per l'inclusione: l'integrazione nel CMS del portale web della tecnologia Accessi Way; questo tool permette la personalizzazione dinamica dell'interfaccia utente, abbattendo gli ostacoli per utenti con disabilità motorie, visive, cognitive o disturbi legati all'attenzione ed all'epilessia;
- qualità e trasparenza: il mantenimento di standard elevati è garantito da un meccanismo di feedback diretto per le segnalazioni dell'utenza e da audit periodici condotti da enti terzi, finalizzati a validare l'esperienza d'uso (User Experience) e ad assicurare un ambiente digitale equo ed inclusivo.

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.

Per garantire una mobilità più inclusiva all'interno del complesso aziendale e ridurre le criticità connesse alle barriere architettoniche, si prevede una revisione generale dei percorsi pedonali. Tale intervento è finalizzato a favorire la piena autonomia delle persone con esigenze specifiche nell'accesso alle strutture e ai servizi assistenziali.

L'azione prioritaria riguarda la prosecuzione e l'ampliamento della realizzazione delle rampe di collegamento ai marciapiedi, con particolare riferimento al viale principale dell'A.O.U. Federico II, dove si intende incrementarne la diffusione compatibilmente con gli spazi disponibili.

Nel quadro complessivo delle iniziative mirate al miglioramento dell'accessibilità, si individuano i seguenti ambiti di intervento:

- Realizzazione di un'area parcheggio in prossimità del varco di via Orsolone ai Guantai, collegata alle strutture assistenziali tramite navetta dedicata.
 - Riorganizzazione e potenziamento del servizio di trasporto interno, al fine di limitare la circolazione dei veicoli privati e garantire un collegamento efficiente tra i diversi punti dell'area ospedaliera.
 - Aggiornamento e rinnovamento della segnaletica orizzontale e verticale, per migliorarne la visibilità e la funzione orientativa verso le strutture assistenziali.
 - Rifacimento del manto stradale, finalizzato ad aumentare i livelli di sicurezza della viabilità interna.
 - Ampliamento degli stalli riservati ai veicoli delle persone con disabilità, in possesso di Contrassegno Unificato Disabili Europeo.
 - Adozione di un sistema coordinato di orientamento (wayfinding), utile a semplificare gli spostamenti e l'accesso ai servizi aziendali.
 - Installazione di percorsi tattili e indicatori dedicati alle persone con disabilità visiva, al fine di garantire una fruizione sicura e autonoma degli spazi comuni.
- Inoltre, sono stati programmati interventi finalizzati alla razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza, con un miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti. In particolare:
- Pronto soccorso ostetrico-ginecologico: sono in corso i lavori per il nuovo pronto soccorso ostetrico, con percorsi dedicati sia per i pazienti ordinari sia per quelli Covid. Tra gli interventi previsti: realizzazione di una rampa di accesso dedicata per le autoambulanze e di percorsi e strutture separate per pazienti Covid.
 - TIN (Terapia Intensiva Neonatale): è disponibile un progetto esecutivo validato per la ristrutturazione completa, con accorpamento in un'unica zona. Sono previsti: una sala di attesa

dedicata, locali per l'allattamento e connettivi che consentano ai parenti di osservare dall'esterno i neonati, riducendo i rischi infettivologici. Si è in attesa della fonte di finanziamento.

- Nuova UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica): sono in corso i lavori per la realizzazione, con percorsi dedicati ai soggetti diversamente abili e collegamenti, sia orizzontali sia verticali, con l'edificio principale, al fine di aumentare l'accessibilità.
- Sala operatoria ibrida – edificio 2: sono stati realizzati percorsi esterni protetti, mediante rampe a norma per disabili e barelle.
- Rampe esterne di accesso: le rampe dei vari piani rialzati degli edifici sono state dotate di corrimano, ove mancanti.
- Cunicolo interrato: sono in corso i lavori di ristrutturazione del primo cunicolo interrato, per consentire un collegamento fruibile tra i vari uffici.

2.1.5. Relazione con i cittadini: pubblica tutela ed accoglienza

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, con l'obiettivo di proseguire il suo impegno nel miglioramento della qualità delle relazioni con l'utenza, ha proceduto ad un nuovo aggiornamento del Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela, approvato con Delibera n. n. 1063 del 10/07/2025 - a pochi mesi dalla precedente revisione (Delibera n. 190 del 04/02/2025).

Tale aggiornamento, che introduce specifiche integrazioni relative al percorso di istruttoria delle segnalazioni e dei reclami, ha l'obiettivo di rafforzare la conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) e di garantire maggiore trasparenza, responsabilizzazione e tracciabilità dei procedimenti.

La revisione mira a tutelare meglio gli utenti, assicurando il rispetto della trasparenza, dell'accountability e del principio di privacy by design e by default, consolidando la fiducia nel rapporto tra cittadino e istituzione sanitaria.

Il dialogo tra Cittadini ed Azienda: migliorare la comunicazione con l'utente e snellire i processi di comunicazione

Con l'obiettivo di migliorare la comunicazione con gli utenti e snellire i processi di comunicazione interna, nelle more di un ulteriore aggiornamento del Regolamento, con nota prot. 68829 del 19/11/2025 sono state introdotte modifiche in merito alle modalità di presentazione delle segnalazioni, alla gestione dell'attività istruttoria e alla redazione ed invio della risposta al cittadino.

Per la presentazione delle segnalazioni (reclamo, disservizio, elogio, suggerimento) gli utenti possono comunicare con l'U.R. P. in una delle seguenti modalità:

- sezione U.R.P. del portale aziendale www.policlinico.unina.it/URP;
- e-mail oppure pec agli indirizzi: areacomunicazione.aou@unina.it - urp.aou@pec.it;
- app U.R.P. AOU Federico II, scaricabile gratuitamente per Android e IOS;
- modulo cartaceo disponibile sul sito aziendale e presso la sede;
- lettera in carta semplice indirizzata all'U.R.P. (Via Pansini, 5 – c/o Edificio 12/D Direzione Sanitaria);
- di persona negli orari dedicati all'attività di apertura al pubblico (c/o Edificio 12/D Direzione Sanitaria):
 - Lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 8.30 alle 12.00
 - Martedì e giovedì dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00.

Per tutte le segnalazioni, al fine di consentire idonea istruttoria, gli utenti devono indicare: nome e cognome; data e luogo di nascita; recapito telefonico; descrizione dettagliata dell'evento che si desidera segnalare. Per le richieste informative è possibile contattare l'U.R.P. telefonicamente allo 0817462674 negli orari di apertura al pubblico suindicati.

Per la gestione dell'attività istruttoria:

- l'U.R.P. identifica la U.O.C./P.I. coinvolta ed invia il reclamo al Direttore della stessa e per conoscenza al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore del D.A.I.;
- la relazione, firmata dal Direttore della U.O.C./P.I. deve pervenire all'U.R.P. mezzo protocollo informatizzato nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 15 (quindici) giorni lavorativi dal ricevimento dello stesso;
- la relazione deve contenere tutti gli elementi utili a ricostruire e motivare l'accaduto e ad indicare quali azioni di miglioramento sono state poste in essere. La mancata o tardiva trasmissione della relazione costituisce elemento di responsabilità disciplinare.

Per la redazione della risposta al cittadino e per l'invio della stessa:

- l'U.R.P., sulla base della relazione del Direttore di U.O.C./P.I. e dopo aver consultato tutte le strutture e le professionalità dovesse ritenere idonee ad ottenere chiarimenti sul caso, predispone una nota di riscontro all'utente;
- la risposta all'utente viene fornita entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data di presentazione del reclamo. Nei casi più complessi, qualora fosse necessaria un'istruttoria più approfondita, la risposta sarà fornita entro (60) sessanta giorni lavorativi, previa comunicazione all'utente rispetto alla tempistica.

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

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

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

Il ruolo della Comunicazione Istituzionale e dell'Ufficio Stampa nella relazione con i cittadini

Per favorire un rapporto di costante informazione con gli utenti la I.O. Comunicazione, URP e Ufficio Stampa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, in particolare l'area comunicazione e stampa, coordina le attività di comunicazione istituzionale e gestisce il rapporto con i media e il mondo dell'informazione.

Infatti, tra le sue funzioni, coordina le attività di comunicazione interna ed esterna; promuove l'identità e l'immagine dell'Azienda; progetta e coordina campagne di comunicazione e manifestazioni di rilevante interesse aziendale; garantisce coerenza, sinergia e tempestività della comunicazione aziendale; comunica e valorizza le attività assistenziali, formative e di ricerca promosse dall'Azienda; dà massima diffusione alle scelte strategiche aziendali; garantisce agli organi di informazione tempestiva e corretta comunicazione; cura integralmente i contenuti del web magazine aziendale; gestisce i social media aziendali garantendo continuità di pubblicazione e tempestività di risposta.

L'ufficio stampa si occupa della relazione con i media e cura la redazione di comunicati stampa riguardanti l'attività dell'Azienda, la promozione e il lancio di nuovi servizi assistenziali; l'organizzazione di conferenze, incontri ed eventi stampa; la realizzazione di una rassegna stampa tematica relativa alle notizie veicolate e promosse dall'ufficio stesso; la linea editoriale e la redazione del magazine aziendale Area Comunicazione (<http://areacomunicazione.policlinico.unina.it/>).

La nuova social media policy

Con Deliberazione n. 256 del 26/02/2025 è stata approvata la nuova Social Media Policy dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

L'A.O.U. Federico II utilizza i social media per informare, comunicare, ascoltare i cittadini e favorire l'accesso degli utenti ai servizi assistenziali offerti, valorizzando l'immagine e l'identità dell'Azienda.

Lo scenario contemporaneo offre numerose opportunità di semplificare i processi di comunicazione, coinvolgimento e partecipazione dei cittadini-utenti. Tali processi devono essere realizzati secondo una strategia coerente alla missione dell'Azienda.

Pertanto, l'obiettivo dell'A.O.U. è rendere gli spazi digitali funzionali alla tutela dei cittadini e all'attuazione dei principi di trasparenza e partecipazione attraverso un approccio competente (funzione specialistica della comunicazione) e consapevole (funzione diffusa della comunicazione).

In particolare, la comunicazione tramite social media dell'Azienda può declinarsi in diverse funzioni: comunicazione delle attività istituzionali, comunicazione normativa (regole e procedure di accesso, indicazioni per la fruizione dei servizi...), comunicazione di brand (immagine, vision e mission dell'Azienda), comunicazione delle issues socialmente rilevanti, comunicazione di servizio, comunicazione interna e valorizzazione delle risorse. La Social Media Policy dell'A.O.U. Federico II intende rivolgersi sia agli interlocutori esterni (cittadini, pazienti, imprese, associazioni e altri stakeholder), sia a quelli interni (dipendenti, collaboratori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico che, a vario titolo, garantiscono le proprie prestazioni all'interno dell'Azienda).

La Social Media Policy esterna contiene le informazioni rivolte agli utenti circa le finalità, le tipologie di contenuti e i comportamenti consentiti sulle pagine/profili istituzionali creati nell'ottica del perseguimento degli obiettivi della comunicazione esterna.

In tal senso, gli obiettivi della comunicazione esterna sono: promuovere l'immagine dell'A.O.U. per rendere l'Azienda un punto di riferimento per i pazienti e gli altri stakeholder del territorio; diffondere informazioni in merito ai servizi, alle prestazioni e alle iniziative messe in atto dall'Azienda; promuovere forme di coinvolgimento e partecipazione attraverso la raccolta di suggerimenti per il miglioramento delle attività realizzate; informare gli utenti in merito alle modalità di accesso alle strutture e ai servizi di assistenza nel caso di segnalazioni, encomi, reclami, gestite dall'U.R.P. e che richiedono, in alcuni casi, apposita attività istruttoria.

La Social Media Policy interna individua le principali norme di comportamento che tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II è tenuto ad osservare nel momento in cui accede ai social media con i propri account personali, al fine di migliorare i processi di comunicazione interna posti in essere per il perseguimento dei seguenti obiettivi: migliorare i processi di collaborazione orizzontale e verticale e il clima Aziendale; promuovere una cultura valoriale condivisa per lo sviluppo del senso di appartenenza all'Azienda; valorizzare le attività dei dipendenti che a vario titolo collaborano con l'Azienda.

2.1.6. Azioni tese all'efficientamento energetico

In relazione all'efficientamento energetico sono stati programmati interventi finalizzati al miglioramento del sistema edificio-impianto, alla realizzazione di sistemi di isolamento termico delle superfici disperdenti e all'avvio di piccoli interventi di produzione di energia da fonti rinnovabili, con l'obiettivo di conseguire un risparmio energetico globale. In particolare:

- Isolamento a cappotto delle coperture;
- Sostituzione degli infissi con modelli conformi alla normativa sul risparmio energetico;
- Sistemi di regolazione delle centrali UTA;
- Sistemi di termoregolazione delle sotto centrali termiche;
- Efficientamento della centrale termica principale;
- Installazione di pannelli fotovoltaici sulle coperture dei nuovi corpi di fabbrica;
- Installazione di pannelli solari termici.

Per quanto riguarda la Centrale Termica, è in fase di avvio un intervento di sostituzione delle due caldaie con altre di minore taglia, più efficienti e meno inquinanti.

Gli interventi di efficientamento energetico degli edifici beneficiano di incentivi e detrazioni messi a disposizione dal governo attraverso il MISE (Ministero dello Sviluppo Economico). Le principali forme di aiuto fiscale attualmente previste sono:

- Conto Termico 3.0: rimborsa fino al 100% delle spese per alcune tipologie di intervento di efficientamento energetico e produzione di energia rinnovabile. È destinato a pubbliche amministrazioni, imprese e privati.
- Certificati Bianchi: titoli di efficienza energetica derivanti da misure di riduzione dei consumi di energia primaria in ambito civile, industriale e terziario. Possono essere monetizzati vendendoli a società di produzione e distribuzione di energia elettrica e gas oppure negoziandoli su uno specifico mercato.

2.2. Programmazione e interventi art. 20 – PNRR/PNC – POR/FESR

In riferimento alla programmazione per il triennio 2026 - 2028 si intende proseguire con i seguenti interventi relativi all'art. 20, L. 67/88 e al D.L. n. 34/2020, gestiti dall'U.O.C. Gestione Patrimonio Edile/Tecnico Impiantistico:

Tipologia Intervento	Titolo Intervento	Breve descrizione dell'intervento
PNRR ex art. 20 L. 67/88	NUOVA UTIC E CENTRO IPERTENSIONE PROGETTO CICOGNA.	Il progetto "Cicogna" prevede l'ampliamento dell'edificio "2" dell'AOU Federico II, mediante la realizzazione di un fabbricato, in sopraelevazione ad una "piastra" esistente di un livello, per ospitare l'UTIC e il centro ipertensione. Il nuovo corpo di fabbrica è strutturalmente autonomo dalla "piastra" sottostante. È collegato, invece, al fabbricato "2", dove sono ubicate le funzioni di Medicina Cardio- Vascolare, Medicina Clinica, Medicina dell'Invecchiamento e blocco operatorio, tramite uno specifico corpo di collegamento. Oltre a tale accesso, ad uso dei degenti, il progetto prevede un accesso dall'esterno, ubicato sul fronte stradale principale, a sua volta distinto in un percorso per l'utente barellato, in arrivo alla camera calda con ambulanza, e un percorso per l'utente ordinario e/o per gli accompagnatori.
art. 20 L.	RIQUALIFICAZIONE TECNICA E	Riqualificazione tecnica e funzionale del primo cunicolo

Tipologia Intervento	Titolo Intervento	Breve descrizione dell'intervento
67/88	FUNZIONALE DEL PRIMO CUNICOLO INTERRATO	interrato che collega tutti gli edifici ed è adibito a percorso pulito. L'intervento comprende anche l'adeguamento antincendio.
art. 20 L. 67/88	ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA DELLA RETE DI GAS MEDICINALI.	L'intervento prevede il completo rifacimento della rete principale e secondaria dei gas medicinali. per mettere a norma l'intero impianto, anche ai sensi della normativa antincendio.
art. 20 L. 67/88	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA DEGLI IMPIANTI ELETTRICI DEGLI EDIFICI NN. 1,2,5,6,9,10,11,12,13,14,15,16,24 E DELL'ANELLO M.T.	Il Programma realizza l'installazione di una nuova cabina MTBT ed.2, l'installazione di quadri elettrici edifici 3,11,17,18.
PNRR (DGRC n. 308/2023)	TERAPIA SEMINTENSIVA COVID-19, RIQUALIFICAZIONE DI POSTI LETTO DI AREA MEDICA E ADEGUAMENTO PERCORSI EMERGENZA COVID	L'intervento prevede la realizzazione di ulteriori 16 posti letto di TSI necessario per poter assicurare ai pazienti COVID-19 un'assistenza di intensità medio-alta nell'ambito delle aree mediche laddove eventuali recrudescenze della situazione epidemiologica regionale lo ritenessero necessario. Pertanto, ai 12 PL già previsti da DGRC 378/2020, vengono aggiunti ulteriori 16 PL. Riqualificazione di posti letto di area medica e adeguamento percorsi emergenza Covid, Neurologia e Stroke edificio 16 (posti letto n.6); Terapia Semintensiva Malattie Infettive, presso edificio 18, piano 5 (posti letto n.3); Terapia Semintensiva (Pneumatologia) edificio 2, piano 1 (posti letto n.7 più un isolato).
PNRR (DGRC n. 308/2023)	PRONTO SOCCORSO OSTETRICO/PERCORSO NASCITA. ADEGUAMENTO E AMPLIAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO E DEL PUNTO NASCITA PER LA STRUTTURAZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI DISTINTI PER GESTANTI COVID E NON COVID CON RIQUALIFICAZIONE DELLE AREE ESISTENTI	L'intervento prevede l'adeguamento e ampliamento del pronto soccorso ostetrico e del punto nascita per la strutturazione di percorsi assistenziali distinti per gestanti Covid e non Covid con riqualificazione delle aree esistenti.

Tabella 3: Interventi di cui all'art. 20, L. 67/88 e D.L. n. 34/2020

Con riferimento all'annualità 2026, l'A.O.U. è impegnata nel completamento di tre linee progettuali a valere sui fondi PNRR, gestiti dalle UU.OO.CC. Gestione Operativa Ingegneria Clinica e HTA e Sistemi Informativi e ICT:

1. "Avviso Pubblico Multimisura per la presentazione di domande di partecipazione a valere su PNRR – Missione 1 – Componente 1 – Investimento 1.1 'Infrastrutture Digitali' e Investimento 1.2 'Abilitazione al Cloud per le PA Locali': il progetto è finalizzato al potenziamento delle infrastrutture digitali ed alla migrazione verso soluzioni cloud, in linea con gli obiettivi di trasformazione digitale della Pubblica Amministrazione;
2. "Progetto 1.4.3 – pagoPA – Altri Enti": l'iniziativa è volta all'integrazione ed all'implementazione dei servizi di pagamento digitale tramite la piattaforma PagoPA, per favorire l'accessibilità e la semplificazione dei servizi al cittadino;

3. “Progetto 1.4.3 – app IO”: dedicato all’integrazione dei servizi aziendali con l’app IO, per garantire una comunicazione diretta e digitale con i cittadini, migliorando la fruibilità dei servizi e la trasparenza.

I suddetti interventi, finanziati con fondi PNRR, sono finalizzati al miglioramento dell’accessibilità digitale, alla sicurezza dei dati ed all’efficientamento dei processi aziendali, in coerenza con la missione di innovazione tecnologica e di digitalizzazione dell’Azienda.

Inoltre, l’Azienda è impegnata nel completamento di tre linee progettuali a valere su diversi fondi sovra aziendali per l’acquisto di attrezzature elettromedicali:

1. “Progetto Cicogna” per la realizzazione della nuova UTIC e Centro Ipertensione – art. 20 legge 67/88 – III fase, I stralcio – CUP C61B17001330008;

2. DGRC 378/2020 e DGRC 308/2023 - Adozione del piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania. In particolare, sono in attuazione i seguenti interventi:

- CUP C67H20003600001 – Codice Intervento 171 – Terapia Semintensiva COVID-19, riqualificazione di posti letto dell’area medica e adeguamento percorsi emergenza Covid-19;
- CUP C67H20003610001 – Codice Intervento 212 – Adeguamento e ampliamento pronto soccorso ostetrico;

3. PNRR Missione 6 Componente 2 – 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature sanitarie) - CUP C69I22000010006 - per l’acquisizione di nr. 1 (uno) Sistema di Tomografia Computerizzata a conteggio di fotoni (Photon Counting CT) dual – source.

Si rappresenta, inoltre, che le UU.OO.CC. Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA E Sistemi Informativi e ICT sono impegnate, in coordinamento con la Direzione Strategica, nell’individuazione di ulteriori fonti di finanziamento regionale/nazionale/comunitario a supporto della programmazione di nuovi interventi di investimento tecnologico e di trasformazione digitale.

Infine, l’U.O.C. PNRR, Conservazione documentale e Segreteria di Staff della Direzione Strategica si occupa:

- nell’ambito della linea di intervento Missione 6 Componente 2 – Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN dei Progetti di Ricerca;
- nell’ambito dei progetti PNRR – Missione 6 Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” delle procedure di reclutamento del personale destinatario di Borse di studio e di ricerca “Work-Oriented”.

Linea di intervento M6C2 – Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN dei Progetti di Ricerca - attività condotte annualità 2022-2023.

Il 20 aprile 2022 è stato pubblicato, sul sito del Ministero della Salute, il 1° Avviso pubblico per la presentazione e la selezione di Progetti di ricerca da finanziare nell’ambito del PNRR, in particolare per l’Investimento 2.1 “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN” della Missione Salute.

Con Deliberazione del Direttore Generale pro-tempore n. 339 del 28.03.2023, questa A.O.U. ha preso atto dei Progetti di Ricerca ammessi al finanziamento che vedono coinvolta l’Azienda, così come descritti nell’Allegato del precedentemente richiamato atto deliberativo, sia in qualità di Destinatario Istituzionale (Unità Operativa Capofila) che di Unità Operativa coinvolta.

- **Progetti PNRR – A.O.U. Unità Operativa Capofila**

La Direzione Generale della Ricerca ed Innovazione in Sanità del Ministero della Salute, rispetto a singoli Progetti di Ricerca, ha stipulato apposite convenzioni con la Regione Campania (in qualità di Soggetto attuatore/beneficiario) e i *Principal Investigator* della Ricerca di questa A.O.U.

Con riguardo ai Progetti di Ricerca relativi all'anno 2022, sono stati predisposti specifici atti deliberativi al fine di prendere atto degli atti convenitivi e sono stati approvati, altresì, gli Accordi tra la Regione Campania (in qualità di Soggetto Attuatore) e questa A.O.U. (in qualità di Soggetto Attuatore Esterno), per la regolamentazione dei rapporti di attuazione e gestione dei Progetti di Ricerca.

- **Progetti PNRR – A.O.U. Unità Operativa Coinvolta**

L'A.O.U. Federico II partecipa a numerosi Progetti di Ricerca sia come **Unità Capofila** sia come **Unità Operativa coinvolta**. Per ciascun progetto sono stati approvati e sottoscritti, tramite specifiche deliberazioni, i relativi **Protocolli di Intesa** con le Unità Capofila e con le altre Unità coinvolte.

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 339 del 28/03/2023**, l'Azienda ha preso atto dell'insieme dei progetti attivi, risultando **Capofila in n. 5 progetti** e **Unità Operativa coinvolta in n. 31 progetti**.

Per tali progetti la scadenza, inizialmente fissata a ottobre/novembre 2025 grazie a una prima proroga, è stata ulteriormente **posticipata di sei mesi** a seguito dell'autorizzazione del Ministero della Salute tramite la piattaforma *Workflow della Ricerca*, al fine di consentire il completamento delle attività progettuali.

Linea di intervento M6C2 – Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN dei Progetti di ricerca - attività condotte annualità 2023-2024.

Per le annualità 2023-2024, con Deliberazione del Direttore Generale pro-tempore n. 1364 del 01.10.2024, l'A.O.U. Federico II ha preso atto dei Progetti di Ricerca ai quali partecipa. L'Azienda risulta Unità Capofila in 7 progetti e Unità Operativa coinvolta in 39 progetti.

La scadenza di tali progettualità è fissata ad agosto 2026, con alcune richieste di proroga straordinaria già presentate al Ministero della Salute per consentire il completamento delle attività.

Sono, altresì, state sottoscritte dall'A.O.U. Federico II specifiche Convenzioni con Enti esterni per lo svolgimento di prestazioni non eseguibili presso questa Azienda, al fine di garantire la regolare conduzione delle attività progettuali.

Progetti PNRR – Missione 6, Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”: procedure di reclutamento del personale destinatario di Borse di studio e di ricerca “Work-Oriented”.

Il Ministero della Salute, con nota prot. n. 6225 del 24.11.2023 ad oggetto “*Costi eleggibili sui fondi PNRR – Spese di personale*”, ha dettato le linee per disciplinare l'attivazione di borse di studio e di ricerca “*Work-Oriented*”, aventi ad oggetto lo svolgimento di attività di ricerca finalizzata al raggiungimento degli obiettivi dei Progetti PNRR. Pertanto, considerata la necessità di disciplinare le modalità di conferimento delle suddette borse di studio e di ricerca nell'ambito dei Progetti PNRR, con deliberazione aziendale n. 87 del 22.01.2024 questa A.O.U. ha approvato il Regolamento per il conferimento di borse di studio e di ricerca “*Work-Oriented*” nell'ambito dei

Progetti PNRR – Missione 6, componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”.

In particolare, sono stati sottoscritti n. 122 disciplinari di incarico aventi ad oggetto borse di studio e di ricerca “*Work-Oriented*” e n. 46 disciplinari di proroga.

Sintesi dei risultati raggiunti

In sintesi, le attività sinora svolte hanno avuto quale obiettivo il raggiungimento delle seguenti finalità:

1. Analisi dei bandi e delle opportunità PNRR pertinenti alle funzioni dell’Ente;
2. Costituzione e aggiornamento della struttura di coordinamento PNRR, con individuazione dei referenti per ciascuna linea di intervento e delle figure professionali all’uopo dedicate:
 - per l’U.O.C. “PNRR, Conservazione Documentale e Segreteria di Staff della Direzione Strategica” ai fini dell’attivazione e della gestione delle procedure di reclutamento del personale nell’ambito delle Borse di Studio “*Work-Oriented*” (cfr. deliberazione n. 87 del 22.01.2024), per la stipula di specifiche Convenzioni per la regolamentazione dello svolgimento dei Progetti PNRR nonché di convenzioni con Enti esterni per l’erogazione di prestazioni aggiuntive nell’ambito dei Progetti stessi;
 - per l’U.O.C. “Gestione Risorse Umane” ai fini della stipula di specifici contratti a tempo determinato e borse di studio “*Work-Oriented*” per professionisti nominativamente individuati nell’ambito dei Progetti PNRR;
 - per l’U.O.C. “Acquisizione Beni e Servizi” ai fini dell’acquisto di beni e servizi nonché per la liquidazione delle fatture, il tutto nell’ambito del PNRR;
 - per l’U.O.C. “Gestione Operativa, Ingegneria Clinica e HTA” relativamente alle procedure di acquisto/noleggìo/collaudò delle apparecchiature utilizzate nell’ambito del PNRR;
 - per l’U.O.C. “Gestione Risorse Economico-Finanziarie” ai fini dell’attestazione della sussistenza dei fondi nonché per l’inserimento dei dati sulla piattaforma “ReGiS”.
3. Partecipazione a incontri, tavoli tecnici e attività formative promosse da Ministeri e soggetti attuatori;
4. Aggiornamento periodico delle piattaforme di monitoraggio (es. ReGiS);
5. Predisposizione di *report* periodici per la Direzione Strategica Aziendale.

Prospettive future per il triennio 2026-2028

Al fine di garantire il pieno allineamento tra programmazione e progettualità, consolidare i progressi ottenuti e garantire la sostenibilità delle innovazioni introdotte, si elencano le possibili iniziative di miglioramento:

- Rafforzare la struttura di coordinamento PNRR con competenze tecniche e amministrative specifiche;
- Potenziare i sistemi di controllo interno;
- Garantire una maggiore condivisione dei flussi informativi tra i diversi Uffici coinvolti;
- Prevedere maggiori sessioni di monitoraggio infra-annuali, al fine di rilevare eventuali scostamenti, analizzarne le cause e porre in essere le opportune azioni correttive e strategiche;
- Attivare programmi di formazione per il personale coinvolto su temi inerenti al project management, procurement, monitoraggio e rendicontazione.

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 di trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190/2012. Tali obiettivi devono essere formulati in una logica di integrazione con quelli specifici, programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

In relazione alle misure adottate dall'Azienda, si riporta la sezione redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nominato con Deliberazione aziendale n. 1498 del 12.11.2025.

Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto nazionale, sulla base degli studi curati dalla Transparency International vede l'Italia, nel 2024, al 52° posto nella classifica globale e al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea, con un Indice di Percezione della Corruzione (CPI), nel settore pubblico e nella politica, di 54 punti su 100, segnando, rispetto all'anno precedente, il primo calo dell'Italia (-2). Tale dato conferma il calo complessivo rilevato nell'anno, nell'Europa occidentale, nonostante l'Italia nel gruppo dei Paesi europei abbia ATTIVATO, negli anni, importanti e positivi cambiamenti sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione.

Per il 2025, l'indice di percezione della corruzione è, allo stato, in corso di presentazione.

In ambito locale, i dati della Banca d'Italia, basati sull'indicatore ITER, hanno evidenziato che nel primo semestre del 2025 l'attività economica è cresciuta in misura contenuta, analogamente a quanto avvenuto nello scorso anno, per miglioramenti nell'industria e nei servizi. Secondo le stime della Banca d'Italia, basate sull'indicatore ITER, nella prima metà dell'anno il prodotto è aumentato dell'1,0 per cento rispetto al corrispondente periodo del 2024, con un incremento superiore alla media italiana (0,6) e a quella del Mezzogiorno. Tra le imprese dei servizi, le aziende che registrano aumenti delle vendite hanno prevalso in misura più netta su quelle in calo. Tra i comparti, quello turistico ha maggiormente beneficiato. Per il 2026, le aziende segnalano attese di ampliamento degli investimenti.

Inoltre, dalla relazione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte di Appello di Napoli 2025, emerge una persistenza nel territorio campano di fenomeni diffusi di illegalità, le cui dinamiche criminali, in città ed in provincia, appaiono fortemente condizionate dalla preponderante presenza del radicamento storico del fenomeno associativo di natura camorristica, che tende a governare lo svolgimento di tutti i traffici illeciti. Anche nelle PP.AA., le attività di infiltrazione e corruzione appaiono difficilmente gestibili in proprio da ciascuna compagine criminale, ma governate da cartelli fra clan o da figure di broker internazionali. In tale specifico contesto, un ruolo chiave è svolto dalla Guardia di Finanza, con complesse indagini nel settore della corruzione, della concussione, del peculato e di tutti gli ulteriori reati lesivi degli interessi giuridici e del buon andamento della Pubblica Amministrazione.

Per quanto concerne il dato complessivo sui reati nel territorio, nell'anno di riferimento, si segnala un calo nella provincia di Avellino e di Benevento, mentre registrano un lieve aumento Napoli e Caserta.

In totale, si registra un calo dei delitti dell'1,63%.

Ai fini delle previsioni di crescita, gli studi recenti evidenziano l'utilità 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 e di crescita occupazionale, costituiscono un'occasione per coniugare crescita nazionale e coesione territoriale, per potenziare le infrastrutture sociali e i settori a domanda di lavoro qualificata e per rispondere in maniera collaborativa alle sfide quali i fenomeni migratori, le minacce per la salute e l'invecchiamento della popolazione.

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 caratterizzata dall'attività assistenziale e da quelle di alta specializzazione di rilievo sia nazionale che del Servizio Sanitario Regionale. Essa svolge quindi, attività integrata 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, concorrendo alla crescita qualitativa dei processi formativi.

Infatti, l'A.O.U. "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale. Uno specifico protocollo d'intesa disciplina i rapporti tra l'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Regione Campania, per lo svolgimento delle attività assistenziali. Recentemente, con delibera di Giunta della Regione Campania n. 150 del 3-4-2024 e con deliberazioni del Direttore Generale nn. 602/24 e 913/24, è stato approvato il nuovo Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli Federico II, di durata triennale, per l'adozione del modello unico di Azienda Ospedaliera Universitaria di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm. ii.

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, anche attraverso il coordinamento di Gruppi Oncologici Multidisciplinari.

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.

Per quanto concerne la cura dei pazienti, le diseguaglianze di salute emergenti nel contesto nazionale per effetto della pandemia, hanno 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 recenti dati Istat si evidenzia che il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione ha inciso positivamente sull'aspettativa di vita, ampliando il numero di anni in buona salute e liberi da condizioni invalidanti. Questo anche per effetto di stili di vita e abitudini salutari adottate lungo l'intero arco di vita, a iniziare dall'infanzia, che consentono di prevenire la diffusione di patologie cronico-degenerative non trasmissibili, proprie soprattutto delle età più avanzate. I livelli di sovrappeso sono simili tra uomini e donne e l'andamento di crescita nel tempo ha riguardato entrambi i generi e si è osservato nelle diverse macro aree del Paese. La promozione della salute è una parte integrante delle strategie di crescita, considerato che mantenere le persone sane ed attive più a lungo impatta la produttività e la competitività.

Un fattore su cui appare necessario, quindi, orientare gli interventi sanitari è senz'altro 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.

Al riguardo, l'Azienda è parte di numerose progettualità tese non solo a favorire lo screening della fragilità negli anziani e l'implementazione di programmi di prevenzione e promozione della salute, ma anche a rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario e a promuovere nuove conoscenze e strategie di approccio, con particolare riguardo alle malattie ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali.

Inoltre, la popolazione studentesca che frequenta l'A.O.U. a scopo didattico - formativo, per effetto della summenzionata missione istituzionale, rappresenta un'ulteriore possibilità per l'Azienda di contribuire alla promozione della salute.

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, implica un importante focus aziendale sia su sistemi di monitoraggio sempre più sensibili e specifici, tesi a supportare in maniera innovativa la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dei pazienti, dei dipendenti e degli studenti, sia su sistemi di sviluppo della sanità pubblica anche in termini di innovazione diagnostica e terapeutica.

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

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 anche 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, sopra richiamato, 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, tra il Servizio Sanitario Regionale, la Scuola di Medicina ed i Dipartimenti di Medicina nell'interesse congiunto di tutela della salute della collettività e dei singoli cittadini.

Il ruolo dell'Università, con la parte relativa alla ricerca ed alla didattica, 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 d'intesa e dell'Atto Aziendale, 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 i quali vengono esercitate le prerogative di governo dell'Azienda. Nell'assetto istituzionale, l'Università degli Studi di Napoli Federico II e la Regione Campania, rappresentano i principali portatori d'interesse dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II; l'Organo di Indirizzo, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione, rappresentano gli organi collegiali di programmazione, controllo e governo aziendale, mentre l'Organismo Indipendente di Valutazione rappresenta l'organismo, recentemente rinnovato in forma collegiale, di supporto e di monitoraggio del sistema della valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

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

- coerenza con la missione istituzionale, i principi e la macrostruttura contenuti nell'Atto Aziendale, adottato, in ultimo, con deliberazione del Direttore Generale n. 229 del 28/3/2017 e nel relativo Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA), in corso di rinnovo. 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.), con gli indirizzi degli organi regionali concernenti il S.S.R. e con gli obiettivi dagli stessi assegnati.

La struttura organizzativa aziendale definisce l'assetto aziendale e le relazioni gerarchiche tra le unità, individuando implicitamente le responsabilità, le attività e i compiti alle stesse assegnati.

Essa prevede:

- articolazioni strutturali (o con compiti prevalenti di tipo gestionale) e funzionali (o con compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico o di coordinamento);

- 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, sono identificate due macro aree intermedie di coordinamento e integrazione delle funzioni amministrative e sanitarie trasversali e di supporto: l'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi e l'Area Dipartimentale dei Servizi Sanitari. Tali Aree, istituite nelle more dell'adozione del nuovo Atto Aziendale, nelle quali confluiscono Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali, contribuiscono al rafforzamento strutturale e funzionale delle articolazioni tecnico-amministrative e sanitarie della Direzione Strategica.

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 a 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, negli anni ha definito i propri processi organizzativi aziendali già a far data dal 2014, con un Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 290 del 16/6/2014. Con tale atto, attraverso la mappatura dei processi amministrativo - contabili dell'Azienda, si è definito l'insieme di strumenti gestionali ed operativi nonché 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).

Negli anni, l'Azienda, attraverso le strutture tecnico-amministrative, ha provveduto a vigilare e monitorare la mappatura dei processi amministrativo-contabili, come definiti dal Regolamento di cui in argomento, garantendo la corretta applicazione degli stessi e il costante aggiornamento e/o revisione in coerenza con l'organizzazione aziendale, nell'ottica di una sempre più puntuale identificazione dei processi organizzativi aziendali e nel rispetto delle prescrizioni di legge.

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 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 materia di definizione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie (PAC), ha avviato un percorso di adeguamento delle procedure amministrativo/contabili, necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendali, che ha consentito, altresì, di determinare e valutare le necessarie azioni di miglioramento.

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 ed implementare 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 nell'approvazione di 28 procedure disciplinanti le attività operative e di controllo minime necessarie a garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendali e quindi l'attendibilità dei dati contabili.

Inoltre, nel 2019 l'Azienda, in ossequio all'indirizzo regionale in materia, ha adottato l'utilizzo del nuovo Sistema Informativo Amministrativo-Contabile SIAC, che rappresenta, altresì, un importante strumento, con la standardizzazione dei processi contabili, di prevenzione e/o contrasto della corruzione.

Durante il periodo in cui c'è stata la pandemia di COVID-19, con deliberazione del Direttore Generale n. 992 dell'11.12.2020, sono state programmate con il termine del 31.12.2023, le attività di mappatura dei processi finalizzati alla Certificabilità del Bilancio e, successivamente, riprogrammate a tutto il 31.12.2024 (Deliberazione del Direttore Generale n. 1087 del 28.12.2022).

Con numerosi provvedimenti aziendali, le suddette procedure amministrativo-contabili sono state aggiornate e/o implementate, anche al fine di avviare azioni di miglioramento ed efficacia degli applicativi in uso e completare il processo di mappatura delle azioni previste dal cronoprogramma Regionale per l'implementazione della Certificabilità del Bilancio e, più precisamente, con Deliberazioni del Direttore Generale n. 1315 del 29.11.2023, n. 208 del 12.2.2024, n. 278 del 19.2.2024, nn. 345, 346 e 347 del 28.2.2024 e n. 1059 del 10.7.2025. Tali processi garantiscono, tra l'altro, una raccolta sistematica e continuativa dei dati necessari per il governo aziendale e, dunque, per la corretta rilevazione dei dati gestionali, sulla base delle attività definite e programmate dalla Regione Campania per tutti gli Enti del SSR.

A completamento di tali attività, con Deliberazione D.G. n. 1698 del 5.12.2024 è stata istituita la Commissione di Internal Auditing con lo scopo di verificare e monitorare la corretta applicazione delle Procedure PAC una volta implementate a regime nei processi amministrativo contabili dell'Azienda.

In allegato al presente Piano 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 ad implementare, ove possibile, il livello di analiticità della stessa per ciascuna struttura, con particolare riguardo alle aree individuate dall'ANAC quali "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 e Semplice Dipartimentale 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 ivi riportati, 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 e monitoraggi da effettuare, anche alla luce degli esiti dei monitoraggi e delle valutazioni rimesse alle valutazioni dei Direttori e dei Responsabili delle strutture (**Alleg. n. 1 – Mappatura dei processi aziendali**).

Iniziative di comunicazione della trasparenza

Il principale strumento aziendale di comunicazione della trasparenza, intesa quale accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione aziendale, è il sito web istituzionale. Le modalità di gestione del sito, nonché di pubblicazione dei dati e di relazioni con l'utenza, sono regolamentate e deliberate in apposite procedure aziendali. In particolare, il livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi resi dall'amministrazione, è stato negli ultimi anni costantemente attenzionato ed implementato, al fine di favorire l'ascolto, il coinvolgimento e la comunicazione da parte dei soggetti interessati, anche mediante sistemi di rilevazione del grado di soddisfacimento degli utenti e di raccolta dei reclami. Alla funzione della comunicazione l'Azienda ha apportato, negli anni, ulteriori e nuovi processi migliorativi, anche con l'introduzione di sistemi di facile accessibilità e reperibilità, 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.

Anche nell'ambito della comunicazione interna, il portale aziendale rappresenta un importante strumento di trasparenza, perché consente ai professionisti dell'Azienda di condividere le numerose attività ed iniziative assistenziali e di ricerca, con l'ulteriore obiettivo di coinvolgimento esterno, attraverso la creazione di un dialogo aperto, semplice e trasparente con la cittadinanza sui temi della salute e del benessere.

Inoltre, nel rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dal legislatore ed alla luce delle recenti innovazioni nei percorsi di digitalizzazione del ciclo di vita degli appalti e del coinvolgimento anche di altri attori istituzionali, quali la banca dati dell'ANAC e le altre piattaforme di approvvigionamento, l'Azienda pubblica costantemente i collegamenti ipertestuali alle suddette piattaforme, al fine di fornire tutte le informazioni utili sulle procedure di acquisizione in corso di adozione.

La mappatura dei flussi informativi dell'Azienda è allegata al presente Piano (**Alleg. n. 2 – Mappatura flussi informativi**).

2.4. Performance

La presente sottosezione sostituisce il Piano della Performance previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009. L'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, stabilisce che nel P.I.A.O. siano indicati gli obiettivi programmatici e strategici della performance, secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'art. 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, prevedendo il necessario collegamento tra la performance individuale e i risultati della performance organizzativa.

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

In assenza di linee guida specifiche successive alla cosiddetta *Riforma Madia*, il Piano viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), dettati con Delibera n. 112/2010, e alle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017.

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

- nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- variazioni 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. 502/1992 e ss.mm. ii.

Il D. Lgs. 74/2017 evidenzia alcuni punti di attenzione nella redazione del Piano della performance, quali:

- riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e strategica;
- innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- maggiore visibilità ai risultati conseguiti negli anni precedenti;
- flessibilità nel grado di copertura del Piano.

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

- definizione dell'identità dell'organizzazione, comprensiva del mandato istituzionale e della mission aziendale;
- analisi del contesto esterno, con particolare riferimento allo scenario regionale;
- analisi del contesto interno, con illustrazione delle caratteristiche peculiari dell'A.O.U. "Federico II", classificata tra i presidi a più elevata complessità assistenziale;
- definizione degli obiettivi strategici;
- definizione degli obiettivi operativi;
- descrizione del ciclo della performance.

Le fasi del processo non vanno interpretate come meri adempimenti circoscritti nel tempo, ma come punti di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie aziendali rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Il Piano si pone, quindi, i seguenti obiettivi:

- costruire una visione comune tra il vertice aziendale e il personale sulle finalità e sulla collocazione futura dell'Azienda, a breve e medio termine, fungendo da strumento di orientamento per azioni e comportamenti;
- costituire una linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

2.4.1. Albero della Performance

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

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai diversi livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale e alla mission. Il sistema che ne risulta è di tipo piramidale e integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

Nella definizione dell'albero della performance, oltre alle disposizioni normative, devono essere considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Tali esigenze vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui è collegato il sistema premiante di tutto il personale.

A ciascun obiettivo operativo sono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

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

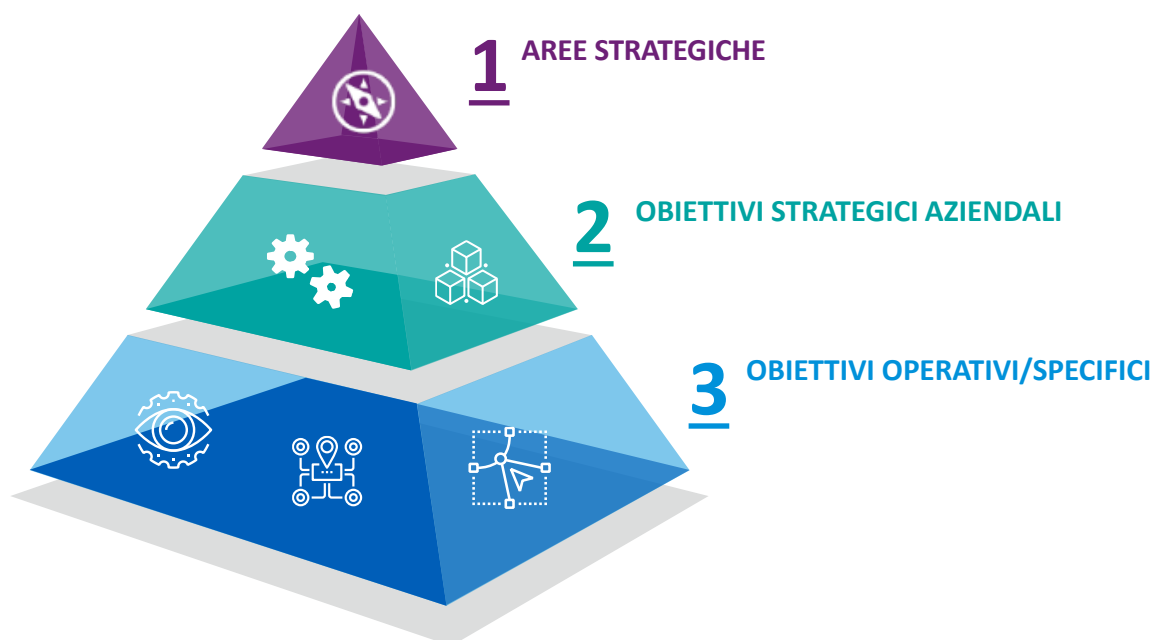


Figura 2: Le aree strategiche dell'A.O.U. Federico II

Le aree strategiche costituiscono le prospettive nelle quali vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la mission dell'A.O.U. "Federico II". 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 e alle loro aspettative.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale, che coinvolge più strutture organizzative.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

- Area della gestione e dell'efficienza
- Area della complessità, appropriatezza e governo clinico
- Area della qualità e dell'organizzazione
- Area della trasparenza, anticorruzione e comunicazione
- Area dell'innovazione e dello sviluppo

Le sei aree strategiche sono tra loro correlate da rapporti di causa-effetto e da relazioni di reciproco rafforzamento e completamento, così come risultano interconnessi i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area.

In ciascuna area vengono individuate le categorie di obiettivi e, nell'ambito di queste, gli obiettivi generali e specifici.



Figura 3: Albero della Performance

2.4.2. Il processo di definizione degli obiettivi strategici

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti con il Decreto Presidenziale n. 104 del 07.08.2025, con il quale è stata individuata la Dott.ssa Elvira Bianco quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli, attribuendole i relativi obiettivi di seguito riportati:

Macro Area	Obiettivo
Generali	Raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda sanitaria
	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli essenziali di Assistenza

Macro Area	Obiettivo
Specifici	Garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme “CORE” degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia
	Garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite “prestazioni sentinella”, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, assicurando contestualmente un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l’equità nell’accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico
Specifici	Assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte
	Raggiungimento degli obiettivi di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta regionale n. 420 del 6 agosto 2024 e ss.mm.ii.
Tematici	Piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l’organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali
	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm. ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita
	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (circolare Mef 2449 del 03.01.2024)
	Rispetto dei tempi di pagamento
	Avviamento dei processi finalizzati ad assicurare la riduzione del valore della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici rispetto all’anno precedente
	Incremento percentuale di consenso alla consultazione del FSE

Tabella 4: Obiettivi Direttore Generale (D.P.G.R.C. n. 104 del 07.08.2025)

Sulla base dei suddetti obiettivi, si riportano gli obiettivi operativi e i relativi target per l’anno 2026 che saranno formalmente assegnati alle strutture afferenti ai DD.AA.II.:

Obiettivo DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
Generali	Gestione ed efficienza	Raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria	Raggiungimento dell’equilibrio economico dell’azienda sanitaria	≥ 0 €
	Qualità e Organizzazione	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli	Degenza media preoperatoria	< 1,4 gg
			Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per lo stesso MDC	< 3,7%

Obiettivo o DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
		essenziali di Assistenza	% Parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo (treemap PNE)	> 8%
			% Episiotomie in parti vaginali (treemap PNE)	< 10%
			% Riammissioni entro 30 gg per intervento protesi ginocchio (treemap PNE)	< 2%
			Mortalità Intraospedaliera Per By-Pass Aortocoronarico (treemap PNE)	< 2%
			Mortalità Intraospedaliera Per Scompenso Cardiaco Congestizio (treemap PNE)	< 4%
			Mortalità Intraospedaliera Per Valvuloplastica O Sostituzione Di Valvole Cardiache (treemap PNE)	< 2%
			Mortalità Intraospedaliera per infarto miocardico acuto (treemap PNE)	< 6%
			Mortalità Intraospedaliera Ima Stemi (treemap PNE)	< 8%
			Mortalità Intraospedaliera Per Riparazione Di Aneurisma Non Rotto All'Aorta Addominale (treemap PNE)	< 1,5%
			Mortalità Intraospedaliera Per Intervento Chirurgi Co Per Tm Stomaco	< 3,3
			Mortalità Intraospedaliera Per Intervento Chirurgi Co Per Tm Colon (treemap PNE)	< 0,50
			Mortalità Intraospedaliera Per Intervento Di Craniotomia Per K Cerebrale (treemap PNE)	< 0,6
			Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	< 5,4
			Mortalità Intraospedaliera Per Frattura Del Collo Del Femore (treemap PNE)	< 6,25
			Mortalità Intraospedaliera per insufficienza renale cronica (treemap PNE)	< 5%

Obiettivo DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
			STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service (treemap PNE)	>80%
			By-pass totale: volumi di ricoveri (treemap PNE)	>150
			Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri (treemap PNE)	>400
			Intervento chirurgico isolato per TM colon: volume di ricoveri (treemap PNE)	>75
			Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri (treemap PNE)	>75
			Garantire i livelli minimi di volumi chirurgici per la partecipazione alla ROC	Come da all.3 Del. n. 477 del 2021
Specifici	Complessità, appropriatezza e Governo Clinico	Garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme "CORE" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia	Indicatore H02Z-Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparto con volume attività superiore a 135 interventi annui	>95%
			Indicatore H03C-Nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento conservativo per tumore maligno	<8,6
			Indicatore H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post- operatoria inferiore a 3 giorni	>90%
			Indicatore H04Z - Riduzione del numero dei Ricoveri Ordinari afferenti ai DRG ad alto rischio inappropriatezza	<0,17
			Indicatore H18C - parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >= 1.000 parti	<25 %
			Indicatore D27C - percentuali di Re-Ricoveri effettuati in psichiatria	<6,9 %

Obiettivo DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
	Qualità e Organizzazione	Garantire il rispetto complessivo dei tempi massimi di attesa previsti per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite “prestazioni sentinella”, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, assicurando contestualmente un costante e puntuale monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire l’equità nell’accesso e la piena aderenza agli obiettivi di appropriatezza e trasparenza del servizio sanitario pubblico	Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni di ricovero tracciante per la classe di priorità A	> 90%
			Rispetto tempi attesa ricoveri prestazioni di ambulatorio traccianti per la classe di priorità (B+D+P)	> 90%
			Porre in essere azioni volte a garantire la riduzione del fenomeno degli accessi diretti (ad accezione delle prestazioni di laboratorio, radiologia)	<10%
			Garantire la pulizia liste di attesa antecedenti al 30 giugno anno n-1	>90%
			Numero prestazioni erogate in ALPI/Numero prestazioni erogate in regime istituzionale (SSN)	>1
	Innovazione e sviluppo	Assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità assegnate alle strutture aziendali coinvolte	Chiusura e Trasmissione SDO RO E DH entro 30 giorni dalla dimissione	< 30gg per tutti i reparti; <45 gg per i reparti chirurgici
			Recupero del 100% delle schede di dimissione ospedaliera prodotte a fine anno per i ricoveri in RO, in DH e in DS	100%
			Assicurare la completa, continua e qualitativamente alta alimentazione di tutti i flussi informativi sanitari e sociosanitari che costituiscono debito informativo (NSIS, FSE, regionali, aziendali, etc.), in conformità alle specifiche tecniche, alle scadenze normative e agli standard di qualità dati (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con monitoraggio sistematico e responsabilità	>90%

Obiettivo DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
			assegnate alle strutture aziendali coinvolte	
Tematici	Qualità e Organizzazione	Piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l'organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali	Piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, garantendo l'organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali	>200.000
	Innovazione e sviluppo	Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm. ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita	Garantire la firma digitale dei referti	> 95%
			Trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale e regionale, nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel D.M. 23.12.2019 e ss.mm. ii. e nei susseguenti provvedimenti regionali nella percentuale definita	> 90%
	Gestione ed efficienza	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR Missione 6 (circolare Mef 2449 del 03.01.2024)	Garantire almeno il pagamento delle fatture anno 2025	>95%
	Gestione ed efficienza	Rispetto dei tempi di pagamento	Indice di tempestività di pagamento	>60gg
	Qualità e Organizzazione	Avviamento dei processi finalizzati ad assicurare la riduzione del valore della spesa farmaceutica e dei	Indicatore 1a - Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci biologici con un anti-TNF alfa non inferiore al 90%	>95%

Obiettivo DG	Area Strategica	Obiettivo strategico	Obiettivo operativo	Target 2026
		dispositivi medici rispetto all'anno precedente	Indicatore 1b - Percentuale di pazienti in trattamento con un anti-TNF alfa a brevetto scaduto non inferiore al 90%	>95%
			Indicatore 2 - Raggiungimento del 90% di consumo del biosimilare di Adalimumab	>95%
			Indicatore 3 - Raggiungimento del 90% di consumo del biosimilare di Etanercept	>95%
			% pz in trattamento con eculizumab biosimilare/tot pz in trattamento con eculizumab	>95%
			up ustekinumab biosimilare/ up ustekinumab biosimilare + originator nelle indicazioni a brevetto scaduto	>95%
			Riduzione spesa farmaci ATC 1:L anno n vs anno n-1 a parità di produzione	> -10%
			Riduzione spesa farmaci ATC 1:B anno n vs anno n-1 a parità di produzione	> -10%
			Riduzione spesa farmaci ATC 1 anno n vs anno n-1 a parità di produzione	> -5%
	Trasparenza, anticorruzione comunicazione	Incremento percentuale di consenso alla consultazione del FSE	Avviare campagne di comunicazione volte a sensibilizzare la consultazione FSE	3

Tabella 5: Obiettivi operativi assegnati ai DD.AA. II.

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

- obiettivi a medio termine, che coprono un arco di tre anni;
- obiettivi di breve termine, che coprono un arco annuale e costituiscono l'articolazione a breve degli obiettivi 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) si riflette sulla complessità gestionale in termini di raggiungimento degli stessi. Tale criticità deve necessariamente essere considerata nella gestione della performance, che tende al raggiungimento della mission aziendale: la piena integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

Le prospettive e le scelte strategiche che l'Azienda intende adottare per il triennio 2026–2028 sono sintetizzate, in termini quantitativi, nel bilancio di previsione e tengono conto di diversi elementi, quali:

1. il redigendo atto aziendale;
2. il Protocollo d'intesa vigente tra Regione e Università, che ne definisce 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 disponibile;
6. il patrimonio tecnologico di cui è dotata l'A.O.U. Federico II;
7. le previsioni del piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera e del Servizio Sanitario della Regione Campania attualmente vigente.

2.4.3. 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:

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.

L'Azienda elabora il proprio ciclo di gestione della performance, con l'esplicitazione anche dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti nelle diverse fasi di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione, tenendo conto delle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 74/2017 e dai criteri metodologici ed interpretativi contenuti nelle delibere della ex Civit (Delibera n. 89/2010; Delibera n. 104/2010; Delibera n. 114/2010; Delibera n. 1/2012, paragrafi 3 e 4) e delle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 2/2017 e n. 5/2019).

La performance è intesa come il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni di salute degli utenti.

Pertanto, l'Azienda misura e valuta la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola e ai singoli dipendenti secondo modalità conformi alle direttive impartite dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 13 del D. Lgs. 150/2009 (ora ANAC) e le Linee Guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n. 2/2017 e ss.mm. ii. emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, con le finalità e scopi definiti dalla normativa vigente.

Gli obiettivi da individuare, ai fini della misurazione e valutazione della performance dell'Azienda, dovranno essere:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle linee di indirizzo nazionali e regionali;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati ai cittadini;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, successivo alla loro assegnazione;

e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e regionale;

f) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il modello di formulazione degli obiettivi adottato dall'A.O.U. Federico II segue una logica di **tipo top-down partecipato**, nella quale gli obiettivi sono declinati dalla Direzione Strategica con un livello di ampiezza tale da consentire ai singoli Centri di Responsabilità una specificazione rispetto alle modalità di raggiungimento, oppure, in alternativa, un'integrazione con ulteriori obiettivi di miglioramento/completamento di quelli assegnati.

Attraverso il processo annuale di budget, ciascuna U.O. è coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico-direzionali, tradotti in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura, misurati mediante indicatori e dotati di uno specifico peso.

Gli obiettivi sono monitorati durante l'anno per fornire un'indicazione sull'andamento gestionale e, a fine esercizio, per determinare la percentuale di raggiungimento cui è associata la corresponsione della retribuzione di risultato.

A ciascun obiettivo attribuito alle U.O. (UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD. e PP. II. di I fascia) sono associati: un target, un indicatore, un peso/punteggio e un responsabile della verifica. Il raggiungimento degli obiettivi viene monitorato sia in itinere sia ex post.

I risultati del monitoraggio sono riportati nella "scheda monitoraggio obiettivi", predisposta dall'U.O.S.D. Processi di Programmazione Economica e Budget e trasmessa a ciascuna U.O. La Direzione Strategica sostiene il processo e procede all'eventuale revisione o stralcio degli obiettivi qualora, alla luce dei risultati infra-annuali, non risultino effettivamente realizzabili.

Al fine di garantire la corretta rilevazione e rendicontazione di prestazioni, risorse, ricavi e costi, e di assicurare un elevato grado di omogeneità tra i sistemi di rilevazione delle singole Aziende sanitarie, nonché la confrontabilità dei dati, con Deliberazioni del Direttore Generale n. 1260 del 16.11.2023 e n. 1464 del 29.12.2023 è stato adottato il nuovo Piano dei Centri di Costo e CRIL.

In tale contesto, l'A.O.U. Federico II ha avviato, a partire dal 2023, un percorso evolutivo di revisione del modello di valutazione organizzativa della performance rappresentato schematicamente nella tabella sottostante:

Ambito	Contenuti principali	Responsabili / Output
Ciclo di gestione (D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.)	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione obiettivi, valori attesi, indicatori - Collegamento obiettivi → risorse - Monitoraggio e interventi correttivi - Misurazione e valutazione performance - Sistemi premianti (merito) - Rendicontazione risultati 	Direzione Strategica, Organi di indirizzo, cittadini e stakeholder
Modello A.O.U. Federico II	<ul style="list-style-type: none"> - Approccio assegnazione obiettivi → top-down partecipato - Budget annuale → obiettivi operativi specifici - Ogni obiettivo → target, indicatore, peso, responsabile di verifica - Monitoraggio in itinere ed ex post (a consuntivo) - Revisione/stralcio obiettivi non realizzabili 	U.O.S.D. Processi di Programmazione Economica e Budget (scheda monitoraggio obiettivi)
Retribuzione di risultato	Percentuale di raggiungimento obiettivi → corresponsione retribuzione	Direzione Strategica

Ambito	Contenuti principali	Responsabili / Output
Evoluzione dal 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Nuovo Piano Centri di Costo e CRIL - Revisione modello valutazione organizzativa - Per ciascun D.A.I. sono assegnati: <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi organizzativi/efficienza (Direttore D.A.I.) • Obiettivi efficacia/appropriatezza (U.O. afferenti) - Valutazione complessiva: efficienza + qualità/appropriatezza 	Direttore D.A.I. + U.O. afferenti al Dipartimento
Prospettive dal 2026	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento reportistica direzionale (DWH) - implementazione delle piattaforme regionali previste dalla DGRC n. 77/2025 - Integrazione del budget con i sistemi di performance e controllo di gestione - Evoluzione del set di obiettivi (treemap PNE) 	Direzione Strategica e U.O.S.D. Processi di Programmazione Economica e Budget

Tabella 6: Mappatura del ciclo di gestione della performance dell'A.O.U. Federico II

In relazione agli obiettivi assegnati alle Strutture afferenti all'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico - Amministrativi, si riportano gli obiettivi strategici aziendali declinati alle diverse UU.OO.CC e UU.OO.SS.DD. afferenti:

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
Gestione ed efficienza	Elaborazione di documenti programmatici e supporto alla Direzione Strategica nella definizione dei piani dei fabbisogni in termini assistenziali	n. di documenti programmatici prodotti e trasmessi alla Direzione Strategica/ n. di documenti programmatici pianificati dalla Direzione Strategica	rapporto maggiore o uguale a 1
	Verifica e controllo della produzione sia in termini di appropriatezza che di economicità in stretta connessione con la UOSD Processi di Programmazione Economica e Budget	n. report trimestrali prodotti / N. trimestri nel per iodo	n. 4 report
	Supporto alla Direzione sull'analisi dei costi ai fini della definizione di	n. report trimestrali prodotti / N. trimestri nel per iodo	n. 4 report

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	interventi strategici per l'ottimizzazione delle risorse		
	Supporto nella definizione e aggiornamento periodico del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale	n. di contributi richiesti e forniti / n. totale dei contributi richiesti	rapporto maggiore o uguale a 1
	Monitoraggio utilizzo appropriato del lavoro straordinario e delle prestazioni aggiuntive nelle pubbliche amministrazioni	n. relazioni periodiche	n. 4 relazioni
	Garantire una gestione strutturata, trasparente e tempestiva delle relazioni sindacali, assicurando un flusso informativo costante e la corretta applicazione delle normative contrattuali, in materia	n. relazioni/verbali periodici di contrattazione sindacale e di eventuali aggiornamenti successivi	100%
	Assicurare la completezza, l'aggiornamento e la corretta archiviazione del fascicolo personale del dipendente, in conformità alle normative vigenti e ai requisiti di trasparenza amministrativa.	% di fascicoli attivi contenenti tutta la documentazione obbligatoria	>= 85%
	Definizione dei criteri generali relativi all'articolazione dell'orario di lavoro	Proposte delibera	SI/NO

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	è elemento essenziale per la corretta gestione del personale.		
	Garantire ed organizzare, in accordo e in collaborazione con il medico competente coordinatore, la sorveglianza sanitaria del personale	n. convocazioni effettuate dai medici competenti	> 1800
	Porre in essere azioni volte a garantire l'efficace gestione dei fondi del PNRR, POR e FESR garantendo una corretta gestione delle rendicontazioni	SI/NO	SI
	Aggiornamento e revisione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso l'implementazione di procedure di verifica della corretta implementazione del PAC.	Aggiornamento pubblicati annualmente	n. 1 aggiornamento
	Monitoraggio semestrale delle scorte dei magazzini, ponendo l'attenzione per le strutture che presentino anomalie nella costituzione delle scorte.	SI/NO	SI
	Tempestività nell'emissione dei mandati di pagamento relativi	n. fatture pagate entro 15 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di liquidazione della fattura e la data di pagamento della fattura"/n. totale fatture pagate	>= 85%

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	ai Provvedimenti di liquidazione delle fatture, con particolare riferimento ai fornitori dispositivi medici Confindustria (DSO)		
	Ulteriore miglioramento dei tempi di pagamento rispetto all'esercizio precedente.	ITP anno in corso-ITP anno precedente/(ITP anno presente)	$\geq 5\%$
	Analisi e puntuale verifica della debitoria con la rilevazione per i debiti pregressi di insussistenze attive del passivo.	residuo carte contabili al 31 dic. Anno n-2/carte contabili presenti al 1 genn. Anno n	$\leq 10\%$
	Tempestiva regolarizzazione degli incassi, con puntuale verifica e riduzione dei crediti (in particolare quelli pregressi) rispetto all'esercizio precedente.	SI/NO	SI
	Supportare il titolare del trattamento e il DPO nell'adeguamento continuo al Regolamento UE 2016/679 e nell'aggiornamento del registro delle attività di trattamento, nonché nella gestione delle richieste di esercizio dei diritti	% di attività previste (aggiornamento del registro, gestione delle richieste di esercizio dei diritti, adeguamenti normativi) completate entro le scadenze e conformi al Regolamento UE 2016/679.	$\geq 95\%$ di attività completate nei tempi e conformi al Regolamento UE 2016/679
	Coordinare le attività di rilevazione, notifica	% di violazioni di dati personali rilevate e gestite (notifica e mitigazione) entro i termini previsti dalla normativa, in collaborazione con il DPO e le	$\geq 95\%$ di violazioni gestite entro 72

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	e mitigazione delle violazioni di dati personali, in collaborazione con il DPO e le strutture coinvolte	strutture competenti.	ore dalla rilevazione
	Definizione annuale del piano dei fabbisogni di beni e servizi sanitari e non sanitari, in coerenza con gli obiettivi aziendali e le risorse disponibili	% di beni e servizi (sanitari e non sanitari) effettivamente pianificati nel documento annuale / n. totale delle richieste validate dalle unità operative.	≥ 90% di copertura entro la data di approvazione del piano
	Standardizzazione delle specifiche tecniche dei beni e servizi per facilitare la comparabilità delle offerte	% di beni e servizi per cui sono state definite specifiche tecniche standard / n. totale delle categorie merceologiche gestite.	≥ 85% entro l'anno
	Gestione efficiente della cassa economale per acquisti urgenti e di modesto valore	% di richieste di acquisto urgenti e di modesto valore evase entro il termine previsto / n. totale delle richieste ricevute.	≥ 95% di richieste evase entro 7 giorni lavorativi
	Garantire le attività di verifica, qualità e controllo delle forniture	% di forniture (beni o servizi) che superano positivamente i controlli di qualità e verifica / n. totale delle forniture ricevute.	≥ 95% di conformità
	Garantire la gestione dei fondi di competenza attraverso l'impiego di tecniche di project management per l'allocazione delle risorse e il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi	% di progetti finanziati che rispettano i vincoli di budget e raggiungono gli obiettivi entro le scadenze previste.	≥ 85%
	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC	n. fatture approvate entro 30 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di ricezione della fattura sullo SDI e la data di benestare della fattura"/n. totale fatture ricevute	≥ 85%
	Analizzare, monitorare e	n. monitoraggi effettuati durante l'anno	n. 2 monitoraggi

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	consolidare il processo di valutazione organizzativa		
	Implementazione e gestione del sistema di contabilità analitica. A tal fine definisce e aggiorna il Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Rilevazione CRIL anche in relazione alle esigenze del modello regionale di controllo di gestione sulla base della normativa vigente	n. di richieste di attivazione e/o modifica del Piano dei cdc evase ed istruite entro 10 giorni / n. richieste di attivazione e/o modifica del Piano dei cdc pervenute	>1
	Aggiornamento delle schede di valutazione individuale	n. aggiornamenti della scheda di valutazione individuale effettuati e trasmessi all'UOC GRU / n. aggiornamenti della scheda di valutazione individuale richiesti e trasmessi all'UOC GRU	>1
	Gestire i rapporti con l'OIV	SI/NO	SI
	Avviare l'implementazione di un sistema di trouble ticketing	SI	N. 1 sistema di trouble ticketing
	Garantire il rispetto della programmazione dei procedimenti di acquisto	n. di procedimenti indetti sulla base della programmazione / n. totale procedimenti di acquisto da indire	>= 85%
	Garantire il processo di gestione delle convenzioni con enti terzi per attività finalizzate alle consulenze dir. Medici /varia natura	Tempo medio di lavorazione convenzione (al netto dei tempi non imputabili alla struttura) espresso in giorni	< 1 mese
	Garantire il processo di gestione delle convenzioni con enti terzi per attività finalizzate alle consulenze dir. Medici /varia natura	Report convenzioni in scadenza	2 report

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	Garantire il rispetto dei tempi di conferimento del flusso ministeriale "contratti DM" trimestrale	n. flussi trasmessi nei tempi/N. flussi da trasmettere	$\geq 90\%$
Innovazione e sviluppo	Stesura di una proposta di Regolamento relativo alla corretta manutenzione dei sistemi di conservazione digitale (parte generale) e avvio delle attività utili alla definizione della parte tecnica (relativa alla parte sanitaria e amm.va)	proposta di Regolamento aziendale	SI
	Fornire assistenza organizzativa e documentale alla Direzione Strategica, curando la redazione e l'archiviazione degli atti deliberativi e dei verbali	% di atti deliberativi e verbali redatti, validati e archiviati entro i termini previsti e con corretta registrazione nei sistemi documentali aziendali.	$\geq 85\%$
	Garantire la tracciabilità dei flussi documentali e la pubblicazione degli atti secondo gli obblighi di trasparenza amministrativa	% di atti amministrativi pubblicati sul portale della trasparenza entro i termini previsti e con metadati corretti, rispetto al totale degli atti soggetti a obbligo di pubblicazione.	$\geq 85\%$
	Rinnovo ed aggiornamento del parco attrezzature elettromedicali dell'Azienda.	n. report attrezzature biomedicali obsolescenti	n. 2 report
	Miglioramento dell'accesso sul portale aziendale alle informazioni per gli studenti tirocinanti	n aggiornamenti annuali	n. 12 aggiornamenti annuali

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	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)	n. flussi inviati nei tempi/Numero flussi da inviare	>= 85% risultato 100% =84-76% risultato 75% =75-70% risultato 50% <50% risultato 0%
	Progettazione di modelli organizzativi innovativi per l'efficientamento dei processi ospedalieri	proposta di progettazione trasmessa alla Direzione strategica	SI/NO
	Favorire l'evoluzione e i modelli di rendicontazione previsti dal DGRC n. 77/2025 (Conto economico Gestionale, Variabili produttive e KPI)	n. verifiche effettuate/n. verifiche richieste	rapporto maggiore o uguale a 1
	Tasso di utilizzo dell'applicativo cartella clinica elettronica	n. reparti	>= 70%
	Porre in essere azioni volte a garantire supporto operativo/organizzativo alle unità operative aziendali per il perseguimento degli obiettivi previsti dal FSE 2.0	n. monitoraggi periodici	n. 10 monitoraggi
	Assessment dei rischi informatici	n. Assessment effettuati	n. 1 Assessment
	Assessment dei flussi informativi aziendali	n. Assessment effettuati	n. 1 Assessment
Qualità e organizzazione	Coordinare e supportare le attività amministrative e	Durata media (in giorni lavorativi) del processo autorizzativo, calcolata dalla ricezione della documentazione completa alla trasmissione del provvedimento autorizzativo, in conformità al	≤ 30 giorni lavorativi (valore da adattare in

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	regolatorie connesse al rilascio dei provvedimenti autorizzativi per la conduzione delle sperimentazioni cliniche, in conformità al Regolamento (UE) 536/2014 e alle normative nazionali, garantendo tempi certi, tracciabilità e collaborazione con il Comitato Etico.	Regolamento (UE) 536/2014 e alle normative nazionali.	base alla tipologia e alla complessità di sperimentazione)
	Assicurare il supporto strategico alla Direzione per l'attuazione dei progetti PNRR di competenza, monitorando scadenze, milestone e rendicontazioni	% di progetti PNRR di competenza per cui sono stati monitorati e documentati tutti gli elementi strategici previsti (scadenze, milestone, rendicontazioni) entro i termini stabiliti.	>= 85%
	Supportare la Direzione strategica nella programmazione dei fabbisogni formativi, in sinergia con le strutture competenti e in coerenza con gli obiettivi strategici	% di piani formativi programmati in sinergia con le strutture competenti e coerenti con gli obiettivi strategici aziendali, rispetto al totale dei fabbisogni formativi rilevati.	>= 85%
	Programmare attività formative e informative rivolte al personale, promuovendo comportamenti etici e la conoscenza delle norme di anticorruzione e trasparenza	% di personale che ha partecipato ad almeno un'attività formativa o informativa su etica, anticorruzione e trasparenza rispetto al totale del personale previsto nel piano formativo.	≥ 90% di partecipazione entro l'anno
	Garantire la formazione, l'informazione e	n. di report trasmessi	>=4

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	l'addestramento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro		
	Aggiornamento delle procedure in essere e/o pubblicazione di nuove procedure	n. procedure aggiornate/deliberate	>=3
	Garantire il rispetto della programmazione dei procedimenti di acquisto	n. di procedimenti indetti sulla base della programmazione / n. totale procedimenti di acquisto da indire	>= 85%
	Umanizzare i percorsi di cura attraverso la rimodulazione degli ambulatori e dei day service	% di pazienti che esprimono un livello di soddisfazione \geq soglia definita (es. 4 su 5) nei questionari di valutazione relativi ai nuovi ambulatori e day service riorganizzati.	>= 85%
	Garantire l'evoluzione del progetto DAMA attraverso l'attuazione del progetto pilota DAMA 2.0 di televisita e telemonitoraggio dei pazienti con disabilità e particolarmente vulnerabili	% di pazienti con disabilità e vulnerabilità presi in carico attraverso DAMA 2.0 che hanno ricevuto almeno una televisita o sessione di telemonitoraggio nel periodo di riferimento.	>= 85%
	Promuovere un'organizzazione sanitaria inclusiva e accessibile, attraverso l'adozione di un sistema strutturato di disability management che favorisca l'inserimento, il mantenimento e la valorizzazione delle persone con disabilità	% di persone con disabilità inserite e attivamente coinvolte in percorsi professionali valorizzanti, rispetto al totale delle posizioni compatibili disponibili nell'organizzazione.	>= 85%

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	Aggiornare il documento di valutazione dei Rischi (DVR)	n. documenti aggiornati (anche con proposta di delibera)	almeno n. 5 sopralluoghi e almeno 5 DVR di edificio = 100%
	Garantire la programmazione triennale dei lavori	Delibera di aggiornamento programmazione lavori	SI
	Censimento degli spazi aziendali con indicazione della UO, dei centri di costo e dei relativi mq	Mappatura mq per cdc	SI
	Interventi di manutenzione programmata sulle apparecchiature elettromedicali. Fonte: Software EASI	apparecchiature elettromedicali mantenute/apparecchiature elettromedicali totali	>= 85%
	Garantire gli interventi di manutenzione su guasto bloccante apparecchiature elettromedicali. Fonte: Software EASI	apparecchiature elettromedicali mantenute su guasto bloccante/apparecchiature elettromedicali con guasto bloccante totali	>= 85%
Trasparenza, anticorruzione comunicazione	Pianificare e gestire la comunicazione interna ed esterna dell'Azienda, curando i rapporti con i media, la gestione dei canali digitali, la produzione di contenuti e il supporto alla Direzione per la diffusione di iniziative strategiche	% di iniziative strategiche aziendali correttamente comunicate attraverso almeno due canali (interni ed esterni), con contenuti pubblicati entro le scadenze previste.	>= 85%
	Garantire un'interazione efficace e trasparente con cittadini e utenti,	% di segnalazioni e reclami gestiti entro i tempi previsti (30 giorni) e con risposta documentata rispetto al totale ricevuto.	>= 85%

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	attraverso il presidio dei canali di ascolto, la gestione dei reclami e delle segnalazioni, e la promozione della partecipazione attiva alla vita aziendale.		
	Avviare campagne di comunicazione volte a sensibilizzare la consultazione FSE	n. Campagne di comunicazione	>= 3
	Elaborare report per degli affidamenti di competenza dell'Unità operativa	n. Report Prodotti	n. 2 report
	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"	SI/NO	SI

Tabella 7: Obiettivi strategici aziendali area tecnico-amministrativa

In relazione agli obiettivi assegnati alle Strutture afferenti all'Area Dipartimentale dei Servizi Sanitari, si riportano gli obiettivi strategici aziendali declinati alle diverse UU.OO. afferenti:

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
innovazione e sviluppo	Garantire la corretta trasmissione dei flussi di competenza entro le tempistiche previste dalla nota prot. n. 9016 del 07.06.2019 del Ministero della Salute, ivi compresi il flusso C int e la pubblicazione delle reportistiche che costituiscono obbligo di pubblicazione ai sensi della normativa vigente	n. flussi inviati in tempo/n. flussi da inviare	$\geq 95\%$
gestione ed efficienza	Rispetto termini di liquidazione delle fatture di competenza dell'UOC	n. fatture approvate entro 20 gg "calcolate come n. giornate trascorse tra la data di registrazione della fattura e la data di liquidazione della fattura"/n. totale fatture ricevute	$\geq 85\%$
gestione ed efficienza	Riduzione spesa dei dispositivi	n. report prodotti contenenti lo stato dell'arte e le azioni di miglioramento da porre in essere	≥ 4 report
gestione ed efficienza	Riduzione spesa dei farmaci secondo la DRGC 245 del 06/05/2025	n. report prodotti contenenti lo stato dell'arte e le azioni di miglioramento da porre in essere	≥ 4 report
complessità, appropriatezza e governo clinico	Garantire azioni volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	n. report prodotti contenenti lo stato dell'arte e le azioni di miglioramento da porre in essere	≥ 4 report
complessità, appropriatezza e governo clinico	Garantire azioni volte a supportare le unità operative nell'utilizzo dei farmaci Biosimilari	n. report prodotti contenenti lo stato dell'arte e le azioni di miglioramento da porre in essere	≥ 4 report
complessità, appropriatezza e governo clinico	Garantire misure volte all'implementazione della dispositivo	Proposta procedura entro il 30 Giugno 2026	≥ 4 report

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
	vigilanza		
qualità e organizzazione	Attivazione di percorsi ambulatoriali dedicati nell'ambito dei GOM aziendali e intraziendali	n. procedure proposta	n. 1 procedura proposta
gestione ed efficienza	Produrre di un report relativo al Monitoraggio del cosiddetto "Indice del dono" nel territorio attribuito e attuazione, di concerto con il CRT e la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento SSR, delle misure di intervento correttivo conseguenti alla identificazione di "criticità codificate" secondo indicazioni CNT/CRT	n. azioni avviate	n. 1 azione avviata
gestione ed efficienza	Produrre periodiche relazioni in merito alle attività di raccolta e la registrazione delle dichiarazioni di volontà attribuite al Responsabile CTT	n. azioni correttive individuate	n. 1 azione correttiva individuata
gestione ed efficienza	Provvedere alla redazione di report periodici sulle attività svolte nel presidio di Scampia	n. azioni correttive individuate	n. 1 azione correttiva individuata
gestione ed efficienza	Redazione report di monitoraggio, con cadenza trimestrale, delle schede non storicizzate e invio ai referenti SDO	n. schede non storicizzate rilevate/n. totale schede esaminate	> 10%

Area Strategica	Obiettivo operativo	Indicatore	Target 2026
gestione ed efficienza	Efficientazione dell'utilizzo delle ore di lavoro straordinario da parte dei Dipartimenti	n. ore straordinario/n. ore totali lavorate	< 10 %
gestione ed efficienza	Implementazione di PACC/ PDTA o altro setting assistenziale per ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri ordinari	(n. ricoveri ordinari ARI riconvertibili in PACC/PDTA o altro setting assistenziale)/ n. totale ricoveri ordinari ARI	>=10%
gestione ed efficienza	Implementazione di PACC/PDTA o altro setting assistenziale per ridurre l'inappropriatezza dei DH medico diagnostici	(n. DH inappropriati riconvertibili in PACC/PDTA o altro setting assistenziale)/ n. totale DH inappropriati	>=10%
complessità, appropriatezza e governo clinico	Monitoraggio semestrale delle infezioni del sito chirurgico e produzione report (fonte dati scheda ISC)	redazione di report trimestrali	n. 4 report trimestrali
complessità, appropriatezza e governo clinico	Audit Dipartimentali sulle infezioni notificate e Analisi singoli casi	redazione di audit trimestrali	n. 4 audit trimestrali
complessità, appropriatezza e governo clinico	Sensibilizzazione del personale al buon uso del sangue (PBM)	n. Dipartimenti con ≥ 1 incontro/Totale Dipartimenti	>=95%
complessità, appropriatezza e governo clinico	Audit (Dipartimento e/o Unità Operativa) per ciascun evento segnalato	redazione di audit trimestrali	n. 4 audit trimestrali
Innovazione e sviluppo	Provvedere al corretto aggiornamento del sistema CUP in termini di centri di costo e CRIL	n. relazioni	n.1 relazione

Tabella 8: Obiettivi strategici aziendali area sanitaria

2.4.4. La valutazione del personale

Il processo di valutazione della performance organizzativa e individuale viene descritto nel Regolamento recante “Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance” dell’A.O.U. Federico II. adottato con Deliberazione aziendale n. 1103/2025.

Performance organizzativa

La performance organizzativa rappresenta il risultato conseguito dall’Azienda, nel suo complesso e nelle sue articolazioni (unità operative), rispetto agli scopi istituzionali, strategici e operativi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, declinati annualmente su tutte le strutture.

L’Azienda adotta un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che prevede:

- la valutazione della performance organizzativa dipartimentale;
- la valutazione della performance organizzativa delle singole unità operative (U.O.C., U.O.S.D., P.I. di I Fascia).

Nella prima fase, gli obiettivi organizzativi sono assegnati a tutte le unità operative dotate di centro di costo. I P.I. di II Fascia sono valutati nell’ambito della performance del Dipartimento di afferenza.

Il Direttore del D.A.I. e dell’Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico–Amministrativi è valutato su obiettivi di natura:

- **organizzativa/gestionale**, volti a garantire il governo del Dipartimento (partecipazione a eventi formativi e riunioni dipartimentali);
- di **efficienza/appropriatezza**, attraverso il monitoraggio costante degli standard di efficacia e supporto alle unità di riferimento nel raggiungimento dei target assegnati.

Gli obiettivi dipartimentali vengono quindi declinati alle singole unità operative, che concorrono al raggiungimento dei risultati complessivi.

Performance individuale

Ai sensi dell’art. 9 del D. Lgs. 150/2009, la valutazione della performance individuale dei dirigenti e dei responsabili di unità autonome è collegata:

- a) agli indicatori di performance dell’ambito di responsabilità;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d) alla capacità di valutazione dei collaboratori, evidenziata dalla differenziazione dei giudizi.

Per i dirigenti titolari di incarichi (U.O.C., U.O.S., U.O.S.D., P.I. di I e II Fascia), la valutazione è inoltre collegata agli obiettivi definiti nel contratto individuale.

La valutazione del personale assegnato si basa su:

1. raggiungimento di obiettivi individuali;
2. qualità del contributo alla performance dell’unità operativa, competenze professionali e organizzative, efficienza del lavoro svolto.

La valutazione individuale costituisce un momento di confronto:

- per il dipendente, in relazione al proprio lavoro, alla crescita professionale e alle prospettive future;
- per il valutatore, rispetto ai risultati attesi e alle competenze dimostrate.

Il processo di valutazione si conforma ai seguenti principi:

- adeguata informazione al valutato;
- pubblicità delle procedure, compatibilmente con la riservatezza;
- predeterminazione e trasparenza di parametri e criteri;
- garanzia di contraddittorio e partecipazione attiva del valutato;
- coinvolgimento di professionalità esterne, nell'interesse del valutato;
- divieto di giudizi discriminatori.

Il responsabile della valutazione è il diretto superiore gerarchico, in grado di osservare con immediatezza e competenza le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Gli attori coinvolti sono dettagliati nell'art. 5 del Regolamento (Deliberazione n. 1103/2025).

In conformità alle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri (28.11.2023 e 24.01.2024), tutte le amministrazioni pubbliche devono assegnare al personale dirigenziale obiettivi volti a promuovere la partecipazione ad attività formative.

L'A.O.U. Federico II, pertanto, ha rafforzato l'offerta formativa aderendo alla **Piattaforma Syllabus**, dedicata al capitale umano delle PA, che mette a disposizione contenuti sui temi prioritari individuati dalle direttive sopracitate.

Il referente valutatore, in sede di sottoscrizione della scheda, è tenuto a verificare il corretto assolvimento del debito formativo di base da parte del personale assegnato.

2.5. Piano triennale di azioni positive

Il presente Piano costituisce un'appendice della sottosezione "Performance" del P.I.A.O. 2026-2028 dell'A.O.U. Federico II., nell'ambito delle misure previste dal D. Lgs. n. 198/2006, recante *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"* e richiamate dalla Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche"*, che hanno definito le misure e le linee di indirizzo tese ad orientare la pubblica amministrazione in materia di promozione della parità e delle pari opportunità, riconoscendo la rilevanza del principio delle pari opportunità quale strumento di contrasto alle discriminazioni tra uomini e donne e quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche, attraverso il benessere di chi vi lavora. Infatti, già il D. Lgs 150/2009, in tema di gestione del ciclo della performance, prevedeva che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa dovesse tener conto, tra l'altro, del raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

In tale ottica, un piano di sviluppo organizzativo all'interno del contesto lavorativo deve avere al centro il benessere delle persone ed il Piano di azioni positive rappresenta, pertanto, un efficace strumento di monitoraggio dell'attuazione delle politiche di pari opportunità, per il raggiungimento di un clima di benessere organizzativo nell'Azienda.

L'obiettivo del presente Piano è non solo quello di rispondere ai fondamentali principi costituzionale di equità, di trasparenza, di buona amministrazione, ma anche quello di definire, secondo i dettami del legislatore, le azioni tese ad un corretto riconoscimento del merito ed a rimuovere gli ostacoli e le situazioni di discriminazioni o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo che impediscono la piena realizzazione di pari opportunità nel lavoro tra uomini e donne, nella più ampia accezione di uguaglianza non solo come assenza di disagi e/o malesseri negli ambienti di lavoro, ma anche come attenzione alla qualità delle relazioni, alla comunicazione ed all'ascolto.

Lo scopo è, quindi, la creazione di un ambiente di lavoro rispettoso della dignità di ciascun lavoratore e che nasca sia dalla valorizzazione della diversità come fattore di miglioramento della performance individuale ed organizzativa, sia dalla reale assenza di discriminazioni e dall'effettiva promozione della lavoratrice e del lavoratore nella loro dimensione personale e professionale, quali strumenti necessari ed indefettibili per migliorare la qualità del lavoro svolto e per rendere l'azione amministrativa più efficiente e più efficace.

Al riguardo, il legislatore ha riconosciuto un ruolo strategico ai Comitati Unici di Garanzia (CUG), introdotti dalla legge n. 183/2010 con compiti propositivi, consultivi e di verifica, per favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e contrastare, altresì, qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori. I CUG rappresentano, quindi, per la predisposizione dei Piani di azioni positive, uno strumento di monitoraggio e di verifica, strategico per la definizione delle linee di intervento utili a promuovere e garantire le pari opportunità negli ambienti di lavoro.

Allo stato, il CUG aziendale è in fase di rinnovo; pertanto, il presente Piano si propone di individuare e definire linee di intervento, tese alla realizzazione degli obiettivi in argomento, che saranno implementate ed ulteriormente definite ed analizzate, negli aggiornamenti del Piano stesso, a seguito del rinnovo del citato organismo aziendale.

È evidente come la promozione della parità e delle pari opportunità necessiti di un'adeguata attività di pianificazione e di programmazione, che presuppone il coinvolgimento di tutte le figure ed articolazioni aziendali preposte all'organizzazione e gestione del lavoro ed alla gestione delle risorse umane assegnate agli ambienti di lavoro, al fine di offrire ai lavoratori contesti lavorativi sicuri, organizzati, coinvolgenti e attenti a prevenire situazioni di malessere e di disagio.

Per quanto concerne l'assetto organizzativo di questa Azienda, si richiamano le apposite sezioni del presente PIAO. Si segnala soltanto, al riguardo, una notevole complessità organizzativa, prodotta dalla missione istituzionale aziendale, caratterizzata da integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca e, dunque, dalla numerosità ed eterogeneità delle risorse professionali, dalla eterogeneità delle competenze e delle discipline applicate, dal complesso dimensionamento strutturale e tecnologico.

Nel quadro del contesto organizzativo aziendale, si riporta, sinteticamente, il prospetto riepilogativo dei dati di genere relativi al personale aziendale:

QUALIFICA	MASCHI	FEMMINE
DIRIGENZA	395	400
COMPARTO AMM.VI	79	138
COMPARTO SANITARIO	423	751
COMPARTO TECNICI	183	152
TOTALI	1.080	1441
TOTALE GENERALE	2521	

Tabella 9: Dati di genere personale aziendale

Tale analisi, che evidenzia una prevalenza complessiva del genere femminile, è presupposto fondamentale non solo per migliorare il contesto organizzativo aziendale, ma anche per la

rilevazione di possibili aree critiche e delle problematiche a queste sottese, con la finalità di orientare in modo mirato le azioni di promozione delle pari opportunità, di valorizzazione delle differenze e di supporto al benessere dell'organizzazione.

Le azioni positive del presente Piano rappresentano, dunque, le misure che l'Azienda individua, nell'ambito degli obiettivi di prevenzione e di rimozione di qualsivoglia ostacolo e/o discriminazione alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne, oltre che a favorire l'occupazione femminile.

A tal riguardo si riportano di seguito le azioni di intervento che caratterizzano il Piano delle Azioni Positive.

Area di intervento	Azione	Responsabile
Analisi e indicatori di genere	<ul style="list-style-type: none"> -Predisposizione di report statistici relativi alla composizione del personale, articolati per genere ed età (es. distr. del personale per genere ed età in relazione alla tipologia di presenza e ai tipi di contratto); -Sono inoltre previste attività di aggiornamento, verifica e implementazione delle indagini già svolte in materia di benessere lavorativo e organizzativo. 	Gestione Risorse Umane
Rinnovo e potenziamento del Comitato Unico di Garanzia	<ul style="list-style-type: none"> -Rinnovo del CUG; -Formazione/Informazione CUG (costante informazione del CUG sui dati del personale, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro, sulle misure di tutela delle pari opportunità) -Definire corsi su tematiche e progetti eventualmente proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza. 	Gestione Risorse Umane/ Area Formazione
Promuovere la cultura di genere e il benessere organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> -Definire misure utili a rilevare, anche attraverso appositi questionari, il livello di benessere organizzativo nei luoghi di lavoro. -Elaborare interventi finalizzati a favorire una cultura orientata ai sani stili di vita, attraverso 	Gestione Risorse Umane

Area di intervento	Azione	Responsabile
	iniziative che rafforzino informazione e consapevolezza, promuovendo la prevenzione, il benessere e la piena tutela della dignità delle persone nei luoghi di lavoro	
Contrasto alle forme di discriminazione	Predisposizione di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.	Direzione Strategica – Gestione risorse umane
Garantire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	-Promuovere il lavoro agile, nel rispetto del POLA, ove opportuno e compatibilmente con la tipologia di attività lavorativa e con l'organizzazione aziendale, per favorire il benessere del dipendente; -Promuovere azioni tese a proseguire e favorire la fruizione del servizio di asilo nido aziendale, già in essere a favore dei figli del personale dipendente, nell'ottica di garantire condizioni di pari opportunità.	Direzione Strategica - Direttori/Responsabili di strutture

Si segnala, altresì, nell'ottica dei su richiamati obiettivi aziendali in materia, un' iniziativa aziendale, definita in sede di sottoscrizione del contratto integrativo aziendale del 30.12.2024, con la quale è stata concordata l'istituzione, per l'anno 2024, di un welfare integrativo aziendale, con la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, a sostegno delle politiche aziendali di conciliazioni vita-lavoro, attraverso criteri di partecipazione trasparenti e non discriminanti.

Anche per l'anno 2025, preso atto del CIA - Comparto Sanità sottoscritto in via definitiva il 22.12.2025, si è proceduto ad attivare il piano di Welfare integrativo, giusto Avviso prot. n. 72025 del 02.12.2025.

In conclusione, appare utile segnalare che l'Azienda si pone obiettivi strategici tesi sempre più a favorire l'applicazione concreta del benessere organizzativo del personale, per il perseguimento efficiente di obiettivi di valore per il benessere di tutti i dipendenti, privilegiando le azioni mirate alla gestione del benessere lavorativo, con particolare attenzione alla rimozione di criticità e disagi.

Altresì, l'Azienda intende sostenere tutte le iniziative che pongano attenzione alla persona, anche con la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, che rappresenta un'importante azione positiva e che l'Azienda intende favorire, anche garantendo, come rappresentato, che lo svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile, riconosciuta nei termini e con le modalità

previste nel POLA aziendale, non penalizzi in alcun modo la professionalità e la progressione di carriera del personale.

Per la valorizzazione delle azioni in linea con i suddetti obiettivi, pur nel contemperamento delle esigenze dei lavoratori con le esigenze ed i fini istituzionali aziendali, sarà utile il confronto con il CUG per la valorizzazione delle azioni utili, nella consapevolezza che promuovere le pari opportunità nel contesto lavorativo, oltre che a un preciso obbligo normativo, risponde a imprescindibili obiettivi di equità, a un corretto riconoscimento del merito e costituisce una leva importante per il potenziamento dell'efficienza organizzativa e, di conseguenza, per il miglioramento della qualità delle prestazioni di salute che l'Azienda rende ai cittadini.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

3.1. Struttura organizzativa

Il modello organizzativo di riferimento per l'A.O.U. Federico II è quello dipartimentale ad attività integrata. La struttura aziendale è articolata in:

- strutture complesse (U.O.C.), almeno tre per ciascun D.A.I., ai sensi del vigente Protocollo d'Intesa;
- strutture semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.);
- strutture semplici afferenti a strutture complesse (U.O.S.);
- programmi infradipartimentali di I e II Fascia;
- incarichi di alta specializzazione (I.A.S.).

Ai sensi dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa, le strutture assistenziali complesse sono individuate nel rispetto dei provvedimenti regionali di riordino della rete ospedaliera e in attuazione degli standard stabiliti dal Comitato LEA, recepiti e articolati a livello regionale con D.C.A. 18/2013.

Le strutture organizzative costituiscono articolazioni aziendali nelle quali confluiscono 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 e da una complessità organizzativa, rilevanti anche ai fini della graduazione.

La valenza strategica è definita da:

- livello di interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'Azienda;
- rilevanza quali-quantitativa e volume delle risorse da allocare;
- rilevanza del problema cui si intende dare risposta;
- livello di intersectorialità, con particolare riferimento alla capacità di sinergia con compiti, funzioni e 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 U.O.C., alle U.O.S.D. e ai Programmi infradipartimentali di I e II Fascia.

Ai sensi dell'art. 13 del Protocollo d'Intesa, l'organizzazione delle attività assistenziali, integrate con quelle didattiche e di ricerca, in forma dipartimentale, ha lo scopo di:

1. fornire al cittadino percorsi assistenziali coordinati per la gestione dei profili diagnostici, terapeutici e riabilitativi integrati nella rete sanitaria regionale;

2. garantire il più alto livello possibile di appropriatezza delle cure mediante l'applicazione di linee guida tecnico-professionali;
3. assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
4. favorire una formazione di alta qualità e una ricerca biomedica e sanitaria che migliori la qualità assistenziale;
5. consentire la partecipazione delle funzioni direzionali e delle strutture organizzative aziendali alle procedure di governo clinico e budgetario applicate nell'Azienda, sulla base della normativa regionale vigente;
6. assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse.

Con Deliberazioni n. 1045 del 06.12.2022 e n. 1054 del 07.12.2022, e successive modificazioni e integrazioni, è stato approvato l'organigramma del nuovo assetto dei D.A.I. e dell'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi.

Con Deliberazione n. 1023 del 04.07.2025 è stata istituita l'Area Dipartimentale dei Servizi Sanitari.

Si riportano di seguito le strutture amministrative e sanitarie programmate nell'ambito degli atti aziendali, tenendo conto degli atti programmatori regionali.

STRUTTURE	NUMERO
D.A.I.	11
U.O.C. sanitarie	60
U.O.S. sanitarie	45
U.O.S.D. sanitarie	34
Programmi (I Fascia)	65
Programmi (II Fascia)	98
U.O.C. amministrative	14
U.O.S. amministrative	4
U.O.S.D. amministrative	4

Tabella 10: Strutture organizzative A.O.U. Federico II¹

Inoltre, l'A.O.U. Federico II ha istituito i Programmi, così come previsto dall'art. 5, comma 4 del D. Lgs. n. 517/1999, il quale dispone: "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 all'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

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

¹ Aggiornamento al 31.12.2025

Nell'ambito della revisione del Piano dei centri di costo e del CRIL, avvenuta nel corso del 2023, l'A.O.U. Federico II ha previsto l'inclusione e l'attivazione dei Programmi di I Fascia, in attuazione di quanto stabilito dal citato art. 5, comma 4 del D. Lgs. n. 517/1999.

Si riporta di seguito l'elenco dei D.A.I.:

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

Tabella 11: Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.)²

Non meno rilevante è la struttura organizzativa dell'apparato burocratico-amministrativo. Per assicurare una razionale programmazione e gestione, nonché il miglioramento dell'efficienza dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche, è istituita l'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, che ricomprende le strutture organizzative, amministrative e tecniche dell'Azienda.

L'Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico-Amministrativi, dotata di una struttura gerarchica, svolge una funzione strumentale a supporto di tutte le articolazioni organizzative aziendali. Essa opera nell'ambito degli indirizzi e dei programmi del Direttore Amministrativo, con il compito di garantire il raccordo tra le strutture centrali e periferiche, al fine di assicurare l'ottimale utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

² Aggiornamento al 31.12.2025

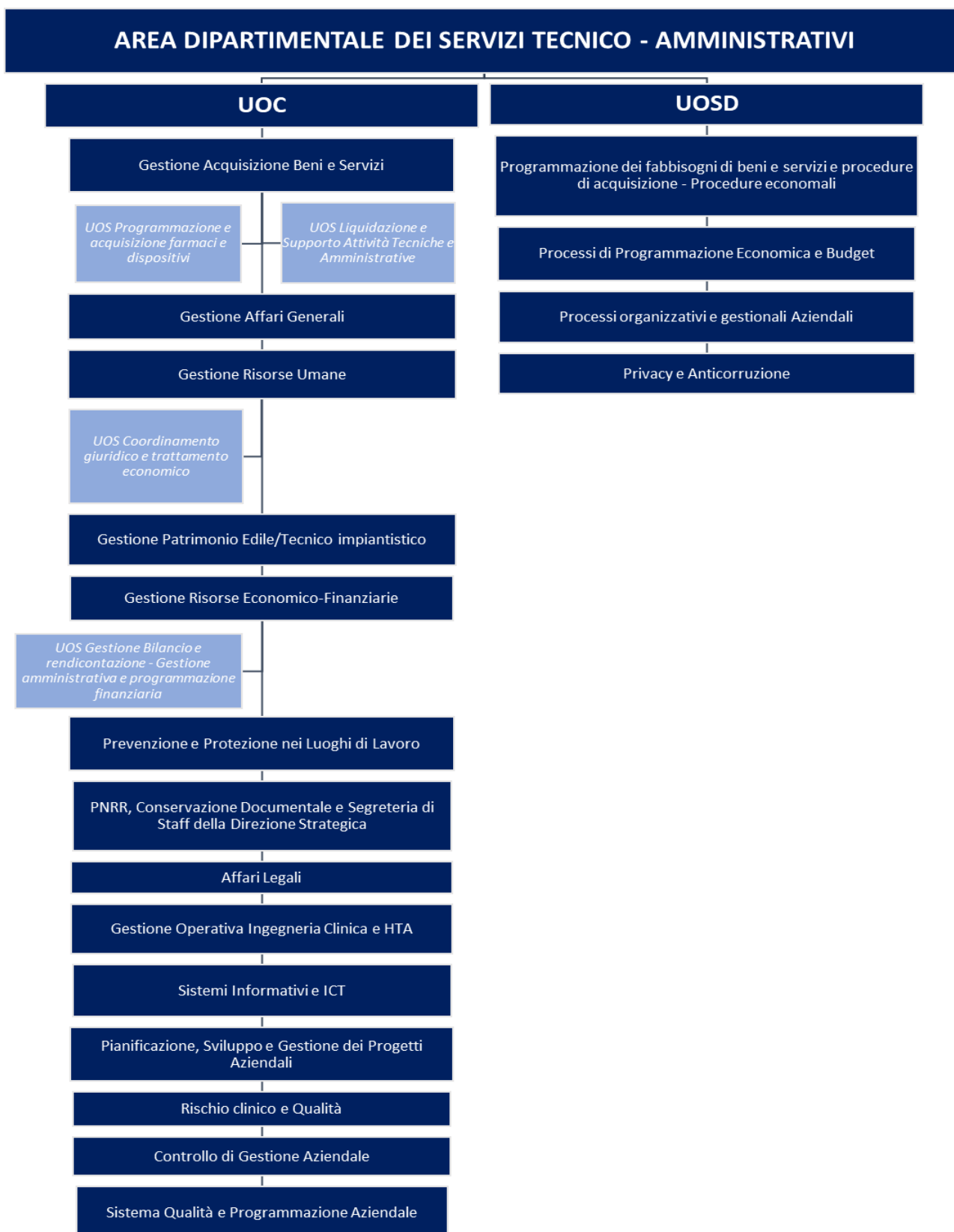


Figura 4: Area Dipartimentale dei Servizi Tecnico - Amministrativi

³ Aggiornamento al 31.12.2025

l'Area Dipartimentale dei Servizi Sanitari istituita con Deliberazione n. 1023 del 04.07.2025 è la seguente:

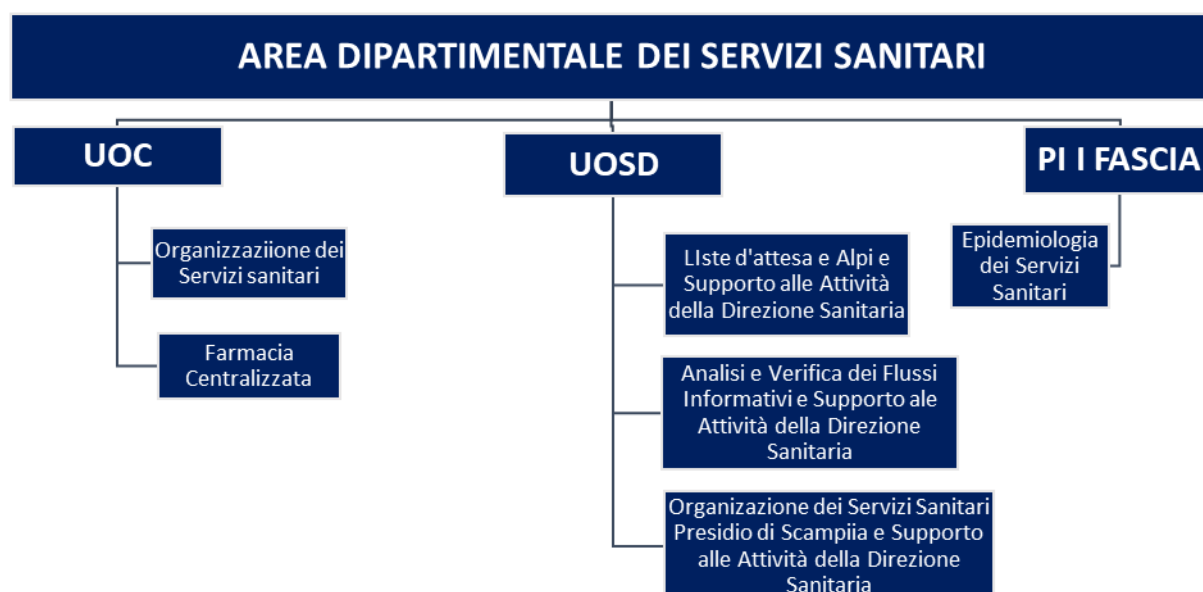


Figura 5: Area Dipartimentale dei Servizi Sanitari ⁴

La dotazione organica è individuata in ragione dell'attività assistenziale dell'A.O.U. Federico II definita:

- al fabbisogno di personale in base a quanto definito dall'art. 15 del vigente Protocollo d'Intesa;
- in ragione dei fabbisogni organizzativi dell'Azienda e di standard qualitativi propri di aziende sanitarie che integrano assistenza, didattica e ricerca;
- dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015;
- dalla D.G.R.C. n. 190 del 14.04.2023, con cui la Regione Campania ha approvato il documento recante il Disciplinare tecnico "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania".

Di seguito si riporta la dotazione organica suddivisa per personale a totale carico aziendale e personale universitario a tempo indeterminato e determinato.

Aziendali a T.I.	Personale in servizio al 31.12.2025
MEDICO	268
ALTRI DIR SANIT	34
FARMACISTA	9
INFERMIERE	641
TECNICO-SANITARIO	133
RIABILITAZIONE	19

⁴ Aggiornamento al 31.12.2025

OSTETRICO/A	63
VIGILANZA E ISPEZIONE	2
COMPARTO TECNICO	82
OSS	216
DIRIGENTE PROFESSIONALE	3
DIRIGENTE TECNICO	6
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4
COMPARTO AMMINISTRATIVO	150

Aziendali a T.D.	Personale in servizio al 31.12.2025
MEDICO	47
ALTRI DIR SANIT	8
FARMACISTA	5
INFERMIERE	79
TECNICO-SANITARIO	16
RIABILITAZIONE	0
OSTETRICO/A	6
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
DIRIGENTE PROFESSIONALE	0
COMPARTO TECNICO	10
COMPARTO AMMINISTRATIVO	3

Totale Aziendali (A):	1805
------------------------------	------

Universitari a T.I.	Personale in servizio al 31.12.2025
MEDICO	8
MEDICO DOCENTE/RICERC.	278
ALTRI DIR SANIT	10
ALTRI DIR SANIT. DOCENTI/RICERC.	31
FARMACISTA	0
FARMACISTA DOCENTE/RICERC.	2
INFERMIERE	179
TECNICO-SANITARIO	25
RIABILITAZIONE	6
OSTETRICO/A	3
VIGILANZA E ISPEZIONE	2
DIRIGENTE TECNICO	0
COMPARTO TECNICO	22

OSS	5
DIRIGENTE PROFESSIONALE	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1
COMPARTO AMMINISTRATIVO	64

Universitari a T.D.	Personale in servizio al 31.12.2025
MEDICO DOCENTE/RICERC.	79
ALTRI DIR SANIT. DOCENTI/RICERCAT.	1

Totale Universitari (B):	716
---------------------------------	-----

Complessivi (A+B):	2521
---------------------------	------

Tabella 12: Dotazione Organica al 31.12.2025⁵

⁵ personale in servizio al 31.12.2025

3.2. Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Ospedaliera Universitaria ha caratteristiche differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso dell'A.O.U., per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, svolge attività adeguate a poter essere operativamente compiute in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Normativa di riferimento

- **Legge 124 del 7 agosto 2015** (Legge Madia) Art. 14 *“Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”*;
- **Direttiva 3 del 1 giugno 2017** del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *“Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti”*;
- **Legge 81 del 22 maggio 2017** - Capo II – articoli 18-24 - *Lavoro agile*;
- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** ad oggetto *“Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”*;
- **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** ad oggetto *“Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”*;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020** Art. 2 Lavoro agile;
- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPA-4 di cui all'art. 1 D. Lgs. 165/2001” - Art.3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”*;
- **Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante “Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19” – Art. 2 “Le misure dell'art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa”*;

- **D.L. 18/2020 Cura Italia:** conferma accesso semplificato allo smart working fino a fine emergenza;
- **Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni”* – Art. 2 *“Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due”* e Art. 3 *“Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”*;
- **D.L. 34 del 18 maggio 2020** ad oggetto *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché alle politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19”* - Art. 90 *“Lavoro agile”* e Art. 263 *“Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”*;
- **Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020** che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione;
- **Legge 77 del 17 luglio 2020:** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19;
- **Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri:** Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni;
- **Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”** del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020;
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020:** Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale;
- **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance** della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020:** Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»;
- **D.L. 52/2021 coordinato con L. di conversione n. 87/2021: Art. 11 bis;**
- **D.L. 56/2021 Decreto riaperture:** proroga smart working per le PPAA fino a fine 2021;
- **D.L. 80/2021 coordinato con Legge di conversione n. 113/2021** recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa della PP.AA. funzionale all’attuazione del PNRR e per l’efficienza della giustizia”* – Art. 6: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione;
- **DPCM 23 settembre 2021,** relativo al ritorno della modalità in presenza quale modalità ordinaria di lavoro;
- **D.M. 8 ottobre 2021;** relativo, tra l’altro, alle modalità organizzative per il rientro in presenza e alle condizioni nel cui rispetto deve essere autorizzato in lavoro agile;
- **Protocollo Nazionale sul Lavoro in modalità Agile del 7 dicembre 2021;**
- **Linee guida del 4 gennaio 2022** in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della PP.AA. ai sensi dell’art. 1 c.6 del D.M. per la P.A. 8.10.21;
- **Circolare del 5 gennaio 2022** ad oggetto *“Lavoro agile”* del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, rimodula con flessibilità le misure in concomitanza del riaprirsi della pandemia;

- **Legge 52/2022** di conversione del D.L. 24/2022 *"Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza"*;
- **Legge n. 197/2022**, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025;
- **Legge n. 14 del 24/02/2023** di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, (cd. Decreto Mille proroghe) recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi;
- **Legge 3 luglio 2023, n. 85** di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 (cd. Decreto lavoro), recante misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro;
- **D.L. 29 settembre 2023, n. 132**, convertito con modificazioni dalla L. 27 novembre 2023, n. 170, Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini normativi e versamenti fiscali;
- **Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/12/2023** – Ministro per la Pubblica Amministrazione;
- **Legge 13 dicembre 2024, n. 203** - Disposizioni in materia di lavoro (Entrata in vigore del provvedimento: 12/01/2025) – cosiddetto Collegato Lavoro;
- **Legge n. 106 del 18/10/2025** – Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche – art. 1 comma 4.

Circolari Aziendali e Regolamento

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

- **Prot. n. 4005 del 13/03/2020**: Emergenza da Covid-19 – Disposizioni in materia di Organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 4230 del 17/03/2020**: Emergenza da Covid-19 - Ulteriori disposizioni in materia di organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 4602 del 23/03/2020**: D.L.18/2020 – Ulteriori disposizioni in materia di organizzazione del lavoro per emergenza da covid-19;
- **Prot. n. 4758 del 25/03/2020**: Informativa sulla salute e sicurezza nel Lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma1, L.81/2017;
- **Prot. n. 4759 del 25/03/2020**: Lavoro Agile;
- **Prot. n. 5960 del 15/04/2020**: Comunicazione di prosecuzione del ricorso al lavoro agile fino al 3 maggio 202;
- **Prot. n. 17369 del 06/11/2020**: Emergenza da Covid-19 – Disposizioni in materia di Organizzazione del lavoro;
- **Prot. n. 16521 del 26/10/2020**: Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 19/10/2020 – Lavoro Agile;
- **Prot. n. 14268 del 02/07/2021**: Ulteriori disposizioni in materia di lavoro agile e di Ferie;
- **Prot. n. 26369 del 19/10/2021**: D.P.C.M. 23/09/2021 – Misure in materia di lavoro agile;
- **Prot. n. 7611 del 16/02/2022**: Decreto Interministeriale 04/02/2022 – Individuazione delle patologie croniche – lavoro agile fino al 28/02/2022;

- **Prot. n. 10144 del 03/03/2022:** Decreto Interministeriale 04/02/2022 – Individuazione delle patologie croniche D.L. 221/2022 convertito con modifiche dalla L.11/2022– lavoro agile fino al 31/03/2022.

Dopo l’ultimo provvedimento sopra citato, non sono state emanate ulteriori disposizioni interne in quanto il lavoro agile è stato svolto esclusivamente dai “soggetti fragili” sulla base di quanto già regolamentato all’interno dell’A.O.U. nonché di quanto previsto da provvedimenti successivi di rango nazionale come di seguito indicati, e per effetto dei quali è stata disposta la proroga con singole comunicazioni ai soli soggetti fragili:

- **Legge n. 197/2022**, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025, che ha previsto la proroga dello smart working fino al 31/03/2023;

- **Legge n. 14 del 24/02/2023** di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, (cd. Decreto Mille proroghe) art. 9, comma 4-ter, che ha previsto la proroga dello smart working fino al 30/06/2023;

- **Legge 3 luglio 2023, n. 85** di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 (cd. Decreto lavoro), che ha previsto la proroga dello smart working fino al 30/09/2023;

- **D.L. 29 settembre 2023, n. 132**, convertito con modificazioni dalla L. 27 novembre 2023, n. 170, che ha previsto la proroga dello smart working fino al 31/12/2023;

- **Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione - del 29/12/2023;**

- **Legge 13 dicembre 2024, n. 203** - Disposizioni in materia di lavoro (Entrata in vigore del provvedimento: 12/01/2025) – cosiddetto Collegato Lavoro;

- **Legge n. 106 del 18/07/2025** – Disposizioni concernenti la conservazione del posto di lavoro e i permessi retribuiti per esami e cure mediche in favore dei lavoratori affetti da malattie oncologiche, invalidanti e croniche – art. 1 comma 4 – che prevede per le persone con disabilità o malattie oncologiche il diritto prioritario allo smart working, senza necessità di accordo scritto.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1312 del 01/08/2025 è stato adottato il Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile per il personale in servizio presso l'A.O.U. Federico II, entrato in vigore il 01/09/2025.

Per quanto attiene, dunque, alle attività, ai criteri di assegnazione, alle modalità di accesso, agli obblighi in materia di riservatezza e sicurezza, tutela della salute si rinvia al citato Regolamento pubblicato e consultabile al seguente link: <https://wrrrv.policlinico.unina.it/Regolamenti2025>.

Lavoratori agili in Azienda

Di seguito l’aggiornamento, rispetto al precedente POLA, del personale in smart working per l’anno 2025.

Progressione Smart Working	Totale personale dipendente a tempo indeterminato al 15/12/2025	Dipendenti in smart working	%
Ruolo sanitario	1713	0	0,0%
Ruolo amministrativo	219	4	1.8%
Ruolo tecnico professionale	334	1	0,3%
Totale	2266	5	0,2%

Tabella 13: personale in smart working anno 2025

A seguito della **Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/12/2023** – Ministro per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda ha sottoscritto l' 'accordo individuale secondo l' Allegato A del P.O.L.A. in vigore al 31/12/2024 esclusivamente con i soggetti fragili di cui Decreto Interministeriale 04/02/2022. Le unità autorizzate allo smart working fino al 31/12/2025 sono n. 4, delle quali solo n. 2 unità hanno svolto la prestazione lavorativa in modalità agile, al di fuori della sede di lavoro, per un massimo di cinque giorni a settimana, in deroga al criterio della prevalenza del lavoro in presenza, sulla base delle attestazioni del Direttore della Struttura di afferenza.

Disciplina generale

La disciplina di riferimento è la Legge 22 maggio 2017, n. 81 (articoli 18-24), come da ultimo modificata dalla Legge 4 agosto 2022, n. 122 (che ha convertito con modificazioni il D.L. 21 giugno 2022, c.d. Decreto semplificazioni) secondo la quale il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, con utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Al dipendente in lavoro agile si applica la disciplina vigente per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (Comparto e Dirigenza) per quanto attiene ai diversi istituti (malattia, ferie, aspettativa ecc.); non è, invece, previsto durante le giornate di lavoro agile, il riconoscimento di prestazioni straordinarie, aggiuntive, indennità notturne e festive né del buono pasto.

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

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

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

Per quanto attiene a:

- Attività che possono essere svolte in modalità agile;
- Criteri di assegnazione del lavoro agile;
- Modalità di accesso al Lavoro agile: l' accordo individuale;
- Obblighi di riservatezza e sicurezza informatica;
- Tutela della salute;
- Modulistica

si rinvia al citato Regolamento aziendale adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1312 del 01.08.2025.

3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale

La presente sottosezione illustra lo stato di adozione del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024/2026.

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.

Con D.G.R.C. n. 150 del 03.04.2024 è stato approvato lo Schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" di durata triennale, per l'adozione del modello unico di azienda ospedaliera universitaria di cui all'art 2, comma 3 del D.lgs. n. 517/1999, tra le quali rientra l'A.O.U., con autonoma personalità giuridica, al quale farà seguito l'adozione del nuovo Atto aziendale.

Con Deliberazione n. 913/2024 l'A.O.U. ha preso atto del predetto Protocollo che per il triennio di riferimento:

- definisce gli obiettivi dell'A.O.U.;
- individua le risorse umane disponibili per lo svolgimento delle attività assistenziali (costituite dal contingente di personale messo a disposizione dall'Università per le esigenze assistenziali, ivi incluso il personale docente e ricercatore con funzioni assistenziali, nonché il personale reclutato autonomamente dall'A.O.U. con oneri a carico del Bilancio aziendale).

Tenuto conto di quanto di quanto previsto dal Disciplinare tecnico "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania", adottato con D.G.R.C. n. 190 del 14.04.2023 nonché ai sensi di quanto previsto dall'art. 15 "Fabbisogno del personale" del succitato Protocollo d'Intesa, con Delibera del Direttore Generale n. 1443 del 30.10.2025 è stato approvato, in via provvisoria, il seguente Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024/2026:

AA.OO./AA.OO.UU./IRCCS	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026
	G	H	I
RUOLO SANITARIO	293	76	17
Dirigenti Medici	104	62	15
Dirigenti Sanitari non medici	11	4	1
di cui dirigenti professioni sanitarie	-	1	-
di cui farmacisti	4	-	-
di cui altri sanitari non medici	7	3	1
Personale del comparto area sanitaria	178	10	1
di cui infermieri	145	7	-
di cui ostetriche	16	-	-
di cui tecnici sanitari	10	2	-
di cui altro comparto sanitario	7	1	1
RUOLO SOCIO SANITARIO	29	3	1
Personale del comparto area socio-sanitaria	29	3	1
di cui OSS	29	3	-
di cui assistenti sociali	-	-	1
RUOLO TECNICO	22	3	5
Dirigenti	2	-	1
Personale del comparto area tecnica	20	3	4
RUOLO PROFESSIONALE	1	1	-
Dirigenti	1	1	-
Personale del comparto area professionale	-	-	-
RUOLO AMMINISTRATIVO	21	6	12
Dirigenti	-	-	-
Personale del comparto area amministrativo	21	6	12
TOTALE	366	89	35

Tabella 14: PTFP 2024/2026

È già in fase di elaborazione il PTFP 2025/2027.

3.4. Piano formativo aziendale

La presente sottosezione contiene le linee di indirizzo del Piano Aziendale di Formazione (PAF).

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II, contemplano la formazione continua tra le proprie funzioni istituzionali. Specifiche sezioni del Piano Aziendale di Formazione sono, inoltre, dedicate alla formazione obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza, in materia di sicurezza sul lavoro e di Educazione Continua in Medicina.

L'A.O.U. Federico II dal 05.04.2024 si è registrata ed è entrata a far parte del progetto Syllabus di cui al sito <https://www.syllabus.gov.it/portale/web/syllabus>.

La formazione continua dei professionisti ha come obiettivi generali:

- il coinvolgimento di tutti i professionisti nel raggiungimento di obiettivi nazionali, regionali e aziendali e nel miglioramento della qualità dell'assistenza e dei servizi;
- lo sviluppo di conoscenze e competenze nell'ambito delle seguenti aree: gestionali e organizzative, tecnico-scientifiche e professionali, comunicativo-relazionali e trasversali, al fine di promuovere la salute e le buone pratiche;
- il consolidamento di professionalità altamente qualificate, attraverso l'acquisizione e l'aggiornamento continuo di competenze di sapere, di saper fare e di saper essere, in coerenza con i bisogni formativi dell'organizzazione e con l'evoluzione del contesto sanitario;
- il rafforzamento, negli operatori, delle capacità di autovalutazione e di progettazione del proprio percorso formativo e professionale;
- l'empowerment dei professionisti;
- la soddisfazione dei pazienti;
- il confronto tra i professionisti, finalizzato al rafforzamento del lavoro di squadra in un'ottica interdisciplinare.

Sono destinatari del Piano Aziendale di Formazione (PAF):

1. i dipendenti di ruolo a tempo indeterminato e a tempo determinato dell'A.O.U. Federico II e della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II;
2. il personale con contratti di collaborazione su fondi europei, nazionali, regionali, aziendali;
3. gli specialisti ambulatoriali;
4. il personale somministrato;
5. il personale esterno (qualora fosse indicato nel progetto formativo).

L'analisi del fabbisogno formativo, quale presupposto imprescindibile per la programmazione delle attività di educazione continua, è stata avviata dalla Direzione Generale in data 17.10.2025 (prot. n. 60859) al fine di rilevare i bisogni formativi del personale aziendale. È stata indirizzata alla Direzione Sanitaria Aziendale, alla Direzione Amministrativa, nonché ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali e delle UU.OO.CC. I fabbisogni individuati sono stati successivamente esaminati dal Comitato Scientifico del provider n. 41, nella seduta del 02.12.2025 e recepiti nel Piano Annuale della Formazione 2026, successivamente approvato con Deliberazione aziendale n. 3 del 08.01.2026.

La definizione del Piano ha perseguito un duplice obiettivo: da un lato, tenere conto degli indicatori di salute definiti a livello ministeriale e regionale e delle caratteristiche dei modelli assistenziali che l'Azienda intende sviluppare; dall'altro, valorizzare le competenze che i professionisti riconoscono come necessarie per il miglioramento della propria attività lavorativa. Il PAF 2026 è stato inoltre pianificato in coerenza con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei

Ministri del 14.01.2025 e in attuazione del PNRR – Missione 6, Componente C2, Investimento 2.2 (b), relativo allo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del Servizio Sanitario, prevedendo, tra l'altro, la prosecuzione del percorso formativo in materia di infezioni ospedaliere.

Il Piano Aziendale di Formazione rappresenta il documento annuale di programmazione delle attività formative ed è deliberato dal Direttore Generale, su proposta del Responsabile della Formazione, in coerenza con gli obiettivi nazionali, regionali e aziendali, previa valutazione e approvazione del Comitato Scientifico del Provider n. 41. Le attività formative curate dall'Ufficio Formazione Unico II sono pubblicate nella sezione "Formazione" del sito istituzionale www.policlinico.unina.it, dove sono consultabili sia i corsi accreditati ECM che quelli non accreditati. Analogamente a quanto avvenuto negli anni precedenti, nel PAF 2025 non sono state previste forme di sponsorizzazione; tale modalità di finanziamento non è prevista neppure per il PAF 2026.

Infine, il Provider n. 41 provvederà entro il 31.03.2026 alla trasmissione della relazione sull'attività formativa svolta nell'anno 2025, secondo le modalità previste dalla piattaforma regionale ECM Campania, e procederà entro il 28.02.2026 all'inserimento degli eventi formativi costituenti il Piano Aziendale di Formazione 2026 sull'apposita piattaforma dedicata.

SEZIONE 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 D. Lgs 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 dell'A.O.U. Federico II, 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 ed i contenuti del P.I.A.O. in coerenza con il comma 4 dell'art. 6 del decreto-legge 80/2021. Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: "Amministrazione Trasparente".