



Atto Aziendale 2024

I Sezione - Assetto, governo e relazioni aziendali Sommaro

PREMESSA.....	7
Cenni storici.....	9
TITOLO I - L' Assetto Istituzionale dell'Azienda	11
Articolo 1 – Costituzione e natura dell'Azienda	11
Articolo 2 – Denominazione, sede legale e logo	12
Articolo 3 - Mission istituzionale	13
Articolo 4 - La visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete assistenziale locale	14
Articolo 5 – Procedure per l'adozione dell'Atto Aziendale – Modalità e tempi di attuazione dell'Atto Aziendale	17
Articolo 6 – Assetto istituzionale e organi dell'Azienda	18
Articolo 7 - Il Direttore Generale	18
Articolo 8 - Il Collegio Sindacale	20
Articolo 9 - L'Organo di indirizzo	21
Articolo 10 - Il Collegio di Direzione	21
Articolo 11 - Il Consiglio dei Sanitari.....	23
TITOLO II - L' Assetto Organizzativo dell'Azienda.....	24
Articolo 12 - La Direzione strategica.....	24
Articolo 13 - Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo	24
Articolo 14 - Il Direttore Sanitario	25
Articolo 15 - Il Direttore Amministrativo.....	27
Articolo 16 - L'Organismo Indipendente di Valutazione	28
Articolo 17 - Il Collegio Tecnico	29
Articolo 18 - Il Comitato dei Garanti.....	29
Articolo 19 - Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)	30
Articolo 20 - I Comitati e le Commissioni aziendali	31
Articolo 21 - Principi generali dell'organizzazione aziendale	31
Articolo 22 - La struttura organizzativa e le articolazioni organizzative.....	33
Articolo 23 - Criteri generali per la individuazione delle Strutture organizzative	34
Articolo 24 - Il modello Dipartimentale.....	35
Articolo 25 - Dipartimento ad Attività Integrata (DAI)	36
Articolo 26 – I Dipartimenti ad Attività Funzionale – DAF.....	38
Articolo 27 – Modelli operativi.....	38
Articolo 27.1 - Programmi infradipartimentali e interdipartimentali.....	38
Articolo 27.2 - Reti professionali.....	39
Articolo 27.3 - Gruppi Operativi Interdisciplinari.....	39
Articolo 28 – Le Sedi ospedaliere	39
Articolo 29 – L'interoperatività con il territorio	40
Articolo 29.1 – La Rete Trasfusionale	41
Articolo 30 – Centri di riferimento	41
Articolo 31 – Staff della Direzione Generale	41
Articolo 32 – Staff della Direzione Amministrativa	41
Articolo 33 – Staff della Direzione Sanitaria.....	42
Articolo 34 – U.O.C. Servizio professioni sanitarie	43
Articolo 35 – UOC Risk Management e Monitoraggio ICA	43
Articolo 36 – La U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione	43
Articolo 37 - Il Polo Didattico.....	44

TITOLO III - Il Governo dell’Azienda.....	46
Articolo 38 – Principi e regole generali per la gestione, controllo, valutazione e valorizzazione delle risorse umane.....	46
Articolo 39 – Gestione delle risorse umane	46
Articolo 40 - La dotazione organica	47
Articolo 41 Articolazioni organizzative e tipologie di incarico	47
Articolo 42 - Conferimento degli incarichi ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo ...	48
Articolo 43 – Personale universitario	48
Articolo 44 – Trattamento economico del personale universitario	50
Articolo 45 – La libera professione intramuraria.....	50
Articolo 46 – Clima e benessere organizzativo.....	51
Articolo 47 – Formazione continua	51
Articolo 48 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.....	52
Articolo 49 – Il patrimonio.....	52
Articolo 50 – Il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione	53
Articolo 51 - La pianificazione strategica.....	54
Articolo 52 – Il sistema di programmazione e controllo	56
Articolo 53 – La Direttiva annuale del Direttore Generale.....	57
Articolo 54 – Il Budget	57
Articolo 55 – I sistemi di controllo e valutazione	58
<i>Articolo 55.1 – Il controllo di regolarità amministrativa e contabile.....</i>	59
<i>Articolo 55.2 – Il controllo di gestione</i>	60
<i>Articolo 55.3 – Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico</i>	61
<i>Articolo 55.4 – La valutazione del personale</i>	61
Articolo 56 - I principi generali del governo aziendale.....	62
Articolo 57 - Le dimensioni del governo aziendale: produzione e committenza	63
Articolo 58 - Il governo clinico.....	63
Articolo 59 - Il governo economico-finanziario	64
Articolo 60 – Procedure contabili	66
Articolo 61 - Le modalità di esercizio del governo aziendale: la delega.....	67
Articolo 62 – Acquisti di beni e servizi.....	68
Articolo 63 – Programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature	69
Articolo 64 – Il sistema informativo e le nuove tecnologie dell’informazione.....	71
Articolo 65 - Conciliazione delle controversie civili e commerciali	72
TITOLO IV - Relazioni con il cittadino, rapporti con il volontariato, relazioni sindacali.....	73
Articolo 66 – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.....	73
Articolo 67 - La comunicazione aziendale	74
Articolo 68 - Il Piano di Comunicazione.....	75
Articolo 69 - Le relazioni con il cittadino e l’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.....	76
Articolo 70 - La gestione della Privacy.....	77
Articolo 71 - Trasparenza ed Integrità.....	78
Articolo 72 – La Prevenzione della Corruzione.....	78
Articolo 73 - I Rapporti con il Volontariato.....	78
Articolo 74 – Le relazioni sindacali	79
TITOLO V - Norme finali, transitorie e di rinvio	81
Articolo 75 – Norme finali	81
Articolo 76 – Potere regolamentare dell’Azienda	81
Articolo 77 – Norme di rinvio	81

II Sezione - Piano di organizzazione e funzionamento aziendale

Sommario

PREMESSA.....	83
Dati demografici ed epidemiologici.....	83
Articolo 1 - Innovazione organizzativa dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.....	88
Articolo 2 - La struttura dell'Azienda: I 5 Plessi.....	92
a - La Sede Ospedaliera "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno.....	92
b - La Sede ospedaliera "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" di Cava de' Tirreni.....	93
c - La Sede Ospedaliera "Gaetano Fucito" di Mercato San Severino.....	94
d - La Sede Ospedaliera "Giovanni da Procida" di Salerno.....	95
e - La Sede "Costa d'Amalfi" di Castiglione di Ravello.....	96
Articolo 3 - I Dipartimenti ad Attività Integrata - DAI.....	97
3.1 - Dipartimento dei Servizi Strategici.....	96
3.1.1 Unità Operativa complessa Direzione Medica di Presidio – San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona.....	98
3.1.2 Unità Operativa complessa Direzione Medica di Presidio – Fucito.....	98
3.1.3 Unità Operativa complessa Direzione Medica di Presidio – Olmo.....	98
3.1.4 Unità Operativa Semplice Dipartimentale Direzione Medica di Presidio – Da Procida.....	98
3.1.5 Servizio Professioni Sanitarie.....	100
3.1.6 - Farmacia Ospedaliera.....	101
3.1.7 -Unità Operativa Semplice Dipartimentale Formazione Polo Didattico Universitario.....	102
3.2 - Il Dipartimento Area Critica a conduzione ospedaliera.....	104
3.3 - Il Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare a conduzione ospedaliera.....	105
3.4 - Il Dipartimento Scienze Mediche a conduzione universitaria.....	106
3.5 - Il Dipartimento Oncopneumoematologico a conduzione universitaria.....	108
3.6 - Il Dipartimento delle Scienze Neurologiche e Riabilitative a conduzione universitaria.....	108
3.7 - Il Dipartimento Materno-Infantile a conduzione ospedaliera.....	109
3.8 - Il Dipartimento Chirurgie Generali e Specialistiche a conduzione universitaria.....	111
3.9 - Il Dipartimento dei Servizi Diagnostici a conduzione universitaria.....	112
3.10 - Il Dipartimento Diagnostica per immagini a conduzione ospedaliera.....	114
Articolo 4 - Il Dipartimento ad Attività Funzionale - DAF.....	115
4.1 Dipartimento Funzionale delle Terapie Intensive e di Anestesia.....	115
Articolo 5 - La fisiologia dell'Azienda: Percorsi di Cura.....	115
5.1 - Il Percorso dell'Emergenza-Urgenza.....	116
5.2 - La Rete Traumatologica.....	116
5.3 - Il percorso delle patologie Cardiovascolari e la Cardiologia per acuti.....	117
5.4 - Le patologie neurovascolari: il percorso ictus.....	117
5.5 - Il Percorso Onco-Ematologico.....	118
5.6 - Il tessuto dei servizi di Imaging e di Laboratorio POC TELEMEDICINA.....	118
Articolo 6 - La Struttura organizzativa aziendale.....	119
Articolo 7 - Tecnostruttura tecnico-amministrativa e sanitaria.....	120
7.1 - Staff di Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa.....	120
Articolo 8- Staff di Direzione Generale.....	122

Articolo 9 – Staff di Direzione Sanitaria	122
Articolo 10 - Staff di Direzione Amministrativa	123
10.1 - Unità Operativa complessa Affari generali	123
10.2 - Unità Operativa complessa Affari legali	124
10.3 - Unità Operativa complessa Acquisizione di beni e servizi	125
10.4 - Unità Operativa complessa Gestione Economico Finanziaria	125
10.5 - Unità Operativa complessa Gestione delle Risorse umane.....	126
10.6 - Unità Operativa complessa Ingegneria clinica.....	127
10.7 - Unità Operativa Complessa Patrimonio mobiliare e immobiliare	128
10.8 - Unità Operativa complessa Programmazione e controllo di gestione	129
10.9 - Unità Operativa complessa Sistemi informativi	130
10.10 - Unità Operativa complessa Tecnico Manutentiva.....	131
Articolo 11 - Dipartimenti ad Attività Integrata.....	133
11.1 Dipartimento dei Servizi Strategici.....	130
11.2 Dipartimento Area Critica	130
11.3 Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare.....	131
11.4 Dipartimento Scienze Mediche	132
11.5 Dipartimento Oncopneumoematologico	132
11.6 Dipartimento Scienze Neurologiche e Riabilitative	133
11.7 Dipartimento Materno-Infantile	133
11.8 Dipartimento Chirurgie generali e Specialistiche.....	134
11.9 Dipartimento dei Servizi Diagnostici.....	134
11.10 Dipartimento Diagnostica per Immagini	135
Articolo 12 - Il Dipartimento ad Attività Funzionale - DAF	139
12.1 Dipartimento Funzionale delle Terapie Intensive e di Anestesia.....	136
Tabelle sintetiche dei Dipartimenti, delle Unità Operative, delle Discipline e dei Posti Letto.....	140



Azienda Ospedaliero-Universitaria
“San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”
Scuola Medica Salernitana

Atto Aziendale

I SEZIONE

Assetto, governo e relazioni aziendali

Anno 2024

Ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 502/92 e s.m. ed i. e dell'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 517/93, della Programmazione della Rete Ospedaliera Regionale prevista del DCA n° 103 del 28/12/2018 e successiva DGRC n° 378/2020

PREMESSA

L'Atto aziendale è l'atto di diritto privato necessario per l'esercizio delle attività **dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana"** (di seguito denominata "**Azienda**") e trova fondamento nel Protocollo d'Intesa siglato il 15 gennaio 2013 dalla Regione Campania e dall'Università degli Studi di Salerno (di seguito denominato "**Protocollo d'Intesa**") aggiornato in data 14 settembre 2016, fatte salve eventuali specifiche variazioni e/o integrazioni previste da successivo aggiornamento del Protocollo d'Intesa.

L'Atto aziendale costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale ed organizzativa.

Il presente documento ha l'obiettivo primario di esprimere la "**missione**" (mission) aziendale, esplicitare la "**visione**" (vision) perseguita, nonché i **principi** ed il **sistema di valori** che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione nonché le relazioni con i gruppi portatori di interessi collettivi o diffusi (stakeholder).

Al suo interno sono presenti:

- a. i principi generali dell'assetto di governo dell'Azienda, coerenti con i criteri ed indirizzi di cui alle seguenti disposizioni nazionali e regionali.
- b. il sistema di regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività (il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, l'Università, ecc.);
- c. i criteri che orientano le scelte della direzione strategica, nel pieno rispetto delle relazioni istituzionali e degli obiettivi aziendali;
- d. il modello macro organizzativo che consente il funzionamento dell'Azienda.

Il presente Atto è conforme alla Programmazione della Rete Ospedaliera Regionale prevista dal DCA 103 del 28/12/2018 "*Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015*" e della successiva DGRC n°378/2020 "*Piano di riorganizzazione /potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura*"(standard di cui al DM 70/ 2015 e parametri del Comitato Lea di cui al DCA 18/2013 "*Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania*").

Nel presente Atto vengono definiti il modello organizzativo a livello macro e micro strutturale (composizione delle unità organizzative semplici e complesse) e le regole di funzionamento degli organi che compongono l'assetto istituzionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

Normativa di riferimento

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie della Regione Campania trova, nell'attuale contesto, il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- D.Lgs. n. 502/92 modificato ed integrato con D.Lgs. n. 229/99;
- D.Lgs. n. 517/99;
- D.Lgs. n. 168/2000;
- Legge Regionale n. 2/94 e s.m. ed i.;
- Legge Regionale n. 32/94 e s.m. ed i.;
- De DCA n° 55/2010 *"Ccompletamento del riassetto della rete laboratoristica;*
- De DCA n° 18 del 18.02.2013 *" Approvazione atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania"*
- DCA n° 98 del 20.09.2016 *"Istituzione della rete oncologica campana"*
- DCA n° 63 del 13.07.2017 *"Istituzione della rete regionale dei laboratori per la tipizzazione genetica dei linfomi e delle leucemie"*
- DCA n° 62 del 05.07.2018 *"Approvazione Linee di indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e l'attivazione dello STAM in Regione Campania;*
- DCA n° 64 del 16.07.2018 *"Piano Regionale della Rete dell'Emergenza Cardiologica Campana (Rete IMA);*
- DCA n° 103 del 28/12/2018 *"Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015";*
- DCA n° 63 del 29.07.2019 *"Approvazione rete regionale emergenza stroke";*
- DCA n° 6 del 17/01/2020 *"Approvazione del Piano Triennale 2019-2021 di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art 2, c. 88 della legge 23 dicembre 2009, n°191";*
- DGRC n° 19 del 18/01/2020 *"Preso d'atto e recepimento de piano Triennale 2019-2021 di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art 2,c 88 della legge 23 dicembre 2009, n°191" approvato con DCA 6 del 17/01/2020, ai fini dell'uscita dal commissariamento;*
- DGRC n° 378del 23/07/2020 *"Adozione Piano di riorganizzazione /potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura dlla regione Campania integrazione e aggiornamento DGRC n°304 del 16/06/2020";*
- DGRC n° 682 del 13/12/2022 *"Linee guida sugli interventi di riordino territoriali della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM n°77 del 23 maggio 2022";*
- L. R. n° 8 del 22/04/2003 *"Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle RSA pubbliche e private";*
- DCA n° 79 del 28/12/2017 *"Indirizzi e modalità di accesso-integrazione e modifica ai decreti DCA 70/2012 e 21/2015";*
- DCA n° 74 del 9/10/2019 *"Assistenza sociosanitaria territoriale: integrazioni e modifiche al DCA 97/2018 "Requisiti, criteri e procedure di accesso per le RSA";*

Cenni storici

San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

Gli Ospedali Riuniti San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona sono così intitolati in quanto discendenti dalla fusione di due ospedali salernitani, il S. Giovanni di Dio e il Ruggi d'Aragona.

Il primo fu fondato nel 1183 ad opera di Matteo d'Aiello, grande figura salernitana, nato intorno al 1115 che, sebbene vissuto quasi sempre lontano da Salerno, mantenne costantemente vivo il suo affetto per la città che gli aveva dato i natali.

Infatti, giovanissimo, si trasferì a Palermo, dove entrò a far parte della Curia Regia e qui, per il suo grande ingegno, fu posto a capo della Segreteria della Corona, svolgendo un ruolo fondamentale in tutti i più importanti affari del Regno normanno.

Il favore che riscosse presso la Corte si riversò anche sui familiari, tra i quali il fratello Costantino, nominato abate di Venosa e l'altro, Giovanni, vescovo di Catania.

Diventato espertissimo uomo di leggi e desideroso di lasciare di sé un buon ricordo, Matteo d'Aiello, che fu, tra l'altro, il promotore di numerose opere di beneficenza in tutto il Regno, volle costruire a Salerno, a proprie spese, un ospedale per i malati poveri anche per compiere un'opera meritoria agli occhi di Dio, tant'è che stilò un atto di donazione tutto pervaso di sentimenti squisitamente religiosi e pieno della massima riverenza verso la Santa Salernitana Chiesa di cui si dichiarava figlio devotissimo.

Anche la costruzione dell'altro ospedale salernitano, il Ruggi d'Aragona, si deve, come già secoli prima con Matteo d'Aiello, al senso civico ed alla ispirazione religiosa di un altro dovizioso cittadino salernitano, il marchese Giovanni Ruggi d'Aragona, nato nel 1807.

Caduto gravemente malato e, non essendovi altri alla sua discendenza, con un secondo testamento redatto il 2 luglio 1870 (con il primo testamento, datato 24 maggio, il marchese Ruggi d'Aragona aveva istituito erede universale del suo ingente patrimonio l'Ospedale Incurabili di Napoli) revocò la precedente nomina ad erede universale dell'Ospedale Incurabili, nominando, in sua vece, il Comune di Salerno affinché procedesse, entro breve tempo, alla costruzione di un nuovo ospedale che *"abbia sempre ed in perpetuità una esistenza propria ed un'amministrazione a sé, senza che in qualunque tempo si possa aggregare, riunire, confondere o immutare con qualcun altro"*.

Questa volontà così esplicita non riuscirà, come è noto, a bloccare il processo di fusione con il San Giovanni di Dio che cominciò all'inizio degli anni 1900/1910.

La volontà di condurre in porto una nuova opera, ormai sentita come indispensabile dall'intera cittadinanza, date le mutate condizioni di vita, portò alla costituzione di una Commissione per il raggruppamento dei due ospedali in termini di consorzio, espediente giuridico per poter procedere alla costruzione di un nuovo ospedale anche senza attendere il decreto di fusione definitiva.

Il 6 giugno del 1909 fu posta la prima pietra in via Orto Agrario, in seguito denominata via M. Vernieri, ed il 9 gennaio del 1923 il Presidente Cuomo comunicava finalmente alla cittadinanza l'apertura del nuovo ospedale ed il funzionamento delle unità di servizi.

La sede ubicata in Via M. Vernieri ha svolto un ruolo decisivo nell'assistenza sanitaria, sia a livello cittadino e sia a livello provinciale, per oltre mezzo secolo e si distinse, con eroica abnegazione degli operatori, anche durante i duri anni dell'ultimo conflitto mondiale, allorché la città di Salerno fu "prima linea" nelle operazioni belliche che gli alleati anglo-americani sferrarono contro il nazifascismo.

La storia degli Ospedali Riuniti trova continuità nelle vicende più recenti perché, dopo l'alluvione del 1954, la stessa volontà di dare un nuovo ospedale alla popolazione salernitana, in adeguamento alle mutate esigenze strutturali e funzionali, portò alla costruzione delle nuove fabbriche nell'attuale località S. Leonardo, ove le attività cominciarono a svolgersi sul finire del 1980, dopo il terremoto del 23 novembre dello stesso anno.

Giovanni da Procida

Tra il 1935 ed il 1938 venne costruito in località “la Mennola” il sanatorio antitubercolare. Per molti decenni il sanatorio è stato sotto le dipendenze dell’INPS, fino agli anni 70, quando subì la trasformazione da Sanatorio ad ente Ospedaliero ove vennero istituiti nuovi reparti.

Gaetano Fucito

Il giorno 8 giugno 1933 fu inaugurato a Mercato San Severino l’Istituto Sanatoriale “villa Maria” con 50 posti letto, il primo in provincia ed uno dei primi in Italia. Nel 1950, con attive le divisioni di ortopedia, maternità e chirurgia polmonare la struttura aveva raggiunto quasi 600 posti letto. Nel 1969 la struttura fu acquistata dall’allora ente ospedaliero “San Giovanni di Dio e Ruggi d’ Aragona”.

Santa Maria Incoronata dell’Olmo

Da documenti custoditi nell’abbazia benedettina di Cava de’ Tirreni si rileva la presenza, già nel 1428, presso la cappella dedicata alla Vergine dell’Olmo, da cui trae origine l’attuale denominazione dell’ospedale, di locali destinati all’accoglienza di pellegrini ed infermi. Nel 1595 fu posta, all’altro lato della via Regia la prima pietra dell’attuale edificio ospedaliero che fu completato nel 1610 con 10 posti letto. Nel 1930 fu costituito l’Ente Ospedaliero “Ospedale Civile santa Maria incoronata dell’Olmo” in anticipo di 38 anni rispetto alla riforma ospedaliera.

Ospedale Costa d’Amalfi di Castiglione di Ravello

Agli inizi degli anni ’50 il medico condotto di Ravello, il dottor Bonaventura Gambardella donò un piccolo fabbricato all’ente morale “Casa dei bimbi irpini” che fu adibito all’ospitalità di bambini predisposti alla tubercolosi. L’Ente fu sciolto nel 1984 ed il complesso trasferito al Comune di Ravello che lo affidò in gestione alla U.S.L. e successivamente alla A.S.L. per essere utilizzato come sede di ambulatori. Dal 2001 è sede dell’ospedale che, inizialmente dedicato a Italia Giordano, con Deliberazione 630 del 19/9/2011, è stato denominato Ospedale “Costa d’Amalfi”.

TITOLO I - L' Assetto Istituzionale dell'Azienda

Articolo 1 – Costituzione e natura dell'Azienda

1. **L'Azienda Ospedaliero Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana** è costituita con il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 7 del 16/1/2013 che approva il Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli studi di Salerno ed è composta dall'A.O.R.N. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, dal P.O. Gaetano Fucito di Mercato San Severino, dal P.O. Giovanni da Procida di Salerno, dal P.O. Santa Maria Incoronata dell'Olmo di Cava dei Tirreni e dal P.O. Costa d'Amalfi di Castiglione di Ravello.
2. L'Azienda nasce in base a quanto definito dai seguenti provvedimenti:
 - dall'art. 6 del D.Lgs. n. 502/1992;
 - dall'art. 16 della L. Regionale n. 32 del 3/11/1994;
 - dal D.Lgs. n. 517 del 21/12/1999 con il quale sono disciplinati i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università;
 - dal DPCM 24/05/2001 che contiene le linee guida per la stipula dei protocolli di intesa tra Regione ed Università per lo svolgimento di attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale;
 - dal Protocollo d'Intesa stilato il 15/1/2013 fra Università di Salerno e Regione Campania al fine di realizzare la fattiva collaborazione per l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca fra il Servizio Sanitario Regionale e la Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rispetto delle reciproche autonomie organizzative e di programmazione;
 - dal Decreto Commissariale n. 18 del 18/2/2013, pubblicato sul Burc n. 12 del 25/2/2013;
 - dalla Legge n. 120/07 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
 - dalla Legge 08.11.2012, n. 189;
 - dal DPR 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica";
 - dalla Legge 4 novembre 2005, n. 230 recante nuove disposizioni per i professori ed i ricercatori universitari;
 - dalla Legge n. 240 del 30.12.2010;
 - dal Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 33 del 17.05.2016 con il quale si è provveduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Campania.
 - dal DCA n° 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015";
 - dal DGRC n° 378 del 23/07/2020 "Adozione Piano di riorganizzazione /potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura della regione Campania integrazione e aggiornamento DGRC n°304 del 16/06/2020
3. **L'Azienda Ospedaliero Universitaria**, DEA di II Livello, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale erogate. Svolge - ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 71 del 07/03/2011 che così statuisce *"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" - in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso:

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

Articolo 2 – Denominazione, sede legale e logo

1. L'Azienda è denominata **“Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona - Scuola Medica Salernitana”**. Essa ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
2. L'Azienda ha sede legale in Salerno - Via San Leonardo - Codice Fiscale n. 95044230654, Partita Iva n. 03020860650.
3. Il logo, sottolineando il senso di appartenenza dell'Azienda alla gloriosa tradizione della Scuola Medica Salernitana quale esperienza straordinaria nella costruzione di una moderna Azienda universitaria (1), con il presente atto viene riproposto garantendo i contenuti storico-artistici grazie alla rivisitazione della esposizione e della grafica, al fine di renderlo maggiormente visibile e riconoscibile. Infatti, nello stesso sono rappresentati san Giovanni di Dio in piedi che sorregge e accoglie un malato, lo stemma nobiliare del Marchese Giovanni Ruggi d’Aragona che donò tutti i suoi beni per la costruzione dell’ospedale e una versione stilizzata del DNA umano. Inoltre, sono presenti gli elementi della denominazione: *“Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”* e, con l’istituzione del corso di studi in Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, è stato aggiunto *“Scuola Medica Salernitana”* e il logo dell’Università degli Studi di Salerno.

¹ La Scuola Medica Salernitana ebbe il suo massimo splendore tra il X ed il XIII secolo, specialmente per l'impulso datole dal medico Costantino l'Africano, che fece meritare a Salerno il titolo di "Città di Ippocrate" Hippocratica Civitas, dal nome del famoso medico greco. Alla Schola Salerni accorse gente da tutto il mondo, sia infermi, nella speranza di guarire, sia allievi, per apprendere l'arte medica. La sua fama divenne internazionale come si evince dai numerosi manoscritti salernitani presenti in molte biblioteche straniere. La Scuola mantenne viva la tradizione culturale greco-latina, fondendola armonicamente con la cultura ebraica. La confluenza di culture diverse portò ad un sapere medico che fu sintesi e confronto di diverse esperienze, come testimonia una leggenda che attribuisce la fondazione della Scuola a quattro maestri, l'ebreo Helinus, il greco Pontus, l'arabo Adela, il latino Salernus. Nella Scuola, oltre all'insegnamento della medicina, praticato e seguito anche dalle donne, veniva impartito l'insegnamento della filosofia, della teologia e del diritto.



4. Il portale aziendale è all'indirizzo <http://www.sangioannieruggi.it>.

Inoltre, tenuto conto del rilevante contenuto storico e culturale, viene confermato il simbolo identificativo ed iconografico della Scuola Medica Salernitana:



Articolo 3 - Mission istituzionale

1. L'Azienda riconosce, come propria missione, il perseguimento congiunto di obiettivi di assistenza, didattica e ricerca, in coerenza con gli stretti legami istituzionali e funzionali con **l'Università degli Studi di Salerno - UNISA** cui afferisce il **Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana"**. La natura istituzionale dell'Azienda sta nel contributo unico e imprescindibile che essa fornisce alla vita della Scuola di Medicina.
2. La **missione** dell'Azienda si caratterizza per le seguenti macro-funzioni:
 - **Funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata alla gestione delle patologie ad alta complessità secondo il modello multidisciplinare, alla definizione ed applicazione di processi e linee guida che supportino i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
 - **Funzione didattica** - l'Azienda concorre alla formazione sanitaria nella Regione Campania con il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, i Corsi di laurea delle professioni sanitarie e la formazione continua degli operatori sanitari, anche nell'ottica della Educazione Continua in Medicina;
 - **Funzione di ricerca di base e clinica** - L'Azienda realizza attività di ricerca biomedica volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

3. L'Azienda ha come sua finalità principale quella di supportare le funzioni di didattica e di ricerca che contraddistinguono la missione dell'Università attraverso l'attività di assistenza e in condizioni di autonomia, garantita, innanzitutto e in primo luogo, dalla capacità di mantenere un solido e duraturo equilibrio economico.
4. L'Azienda partecipa all'attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dagli Atti Sanitari Regionali.
5. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività. In tale contesto l'insieme delle risorse aziendali agiscono come parte integrante del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto, nella programmazione e nello svolgimento delle attività assistenziali da parte dell'Azienda, della disciplina e dei provvedimenti regionali in materia sanitaria, compresi tutti i vincoli che si impongono alla spesa sanitaria regionale per effetto delle norme vigenti.

Articolo 4 - La visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete assistenziale locale

1. L'identità dell'Azienda è fortemente caratterizzata dalla natura e dall'intensità di rapporti con l'Università degli Studi di Salerno e la Regione Campania. L'agire dell'Azienda è caratterizzato dai seguenti elementi:
 - attività di ricerca, didattica ed assistenza che le consentono di collocarsi come polo di offerta nazionale ad altissima specialità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità. Allo scopo possono essere attivati, nell'ambito di quanto disciplinato dal Protocollo d'Intesa, i **Centri di Riferimento Regionale** che rappresentano strutture di offerta ad altissima specialità e fungono da "riferimento" all'interno della rete di offerta regionale;
 - necessità di offrire un ventaglio completo di prestazioni assistenziali al fine di assicurare le casistiche necessarie al completamento dell'iter formativo degli studenti in medicina, degli specializzandi, dei frequentanti i corsi di laurea delle professioni sanitarie;
 - necessità di offrire prestazioni che soddisfino i bisogni assistenziali della popolazione. Per orientare l'utenza sono stati predisposti strumenti di comunicazione e marketing che forniscono informazioni sulle prestazioni erogabili dall'Azienda.
2. L'Azienda, in coerenza con il contesto di riferimento, individua la sua visione ispirandosi ai seguenti principi fondanti che le consentono di interpretare al meglio la sua missione istituzionale:
 - **Centralità della persona**: l'Azienda orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto, degli studenti e dei professionisti che operano al suo interno. Nei confronti del paziente/utente l'Azienda intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma siano in grado di accoglierlo considerando l'interesse dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.). Allo scopo, ci si prefigge la promozione della partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte. Fermo restando le forme di tutela giurisdizionale contro atti, attività e comportamenti, attivi o omissivi, limitativi del diritto alle prestazioni di natura sanitaria, il cittadino interessato o che ne sia legittimato in sua vece, può presentare

esposti, denunce, reclami, opposizioni, assicurazioni, nelle forme e con le modalità previste dalla Carta dei Servizi e del Regolamento aziendale di pubblica tutela. L'Azienda garantisce e tutela i diritti dei cittadini sia con riferimento alla partecipazione, sia in ordine all'accesso alla documentazione, nelle forme e con le modalità previste nella Legge n. 241/1990 e s.m.i., e nella normativa recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e in materia di riservatezza dei dati sensibili. La centralità dei professionisti rappresenta un fattore di successo dell'operato dell'Azienda prefiggendosi di valorizzarne il contributo professionale e di creare condizioni di clima organizzativo che favoriscano l'innovazione, l'apprendimento e la socializzazione del sapere. L'Azienda s'impegna a costruire condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. A tal fine, essa riconosce il ruolo che le donne effettivamente esercitano nella società e mette in atto politiche e sistemi di gestione funzionali a creare condizioni di pari opportunità sostanziali, con particolare attenzione agli ambiti dello sviluppo professionale, delle carriere, degli orari di lavoro, anche ricorrendo ad azioni esplicitamente a favore delle donne. L'Azienda si impegna quindi a garantire pari opportunità per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico, nonché a prevenire, monitorare e risolvere i fenomeni di mobbing e mainstreaming, anche attraverso specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL. del Comparto Università e della Sanità. L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda vengono concepiti, inoltre, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo professionale ed umano degli studenti.

- **Governo Clinico:** attraverso la costruzione di condizioni, sia cliniche che organizzative, che sviluppino la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali. Ciò è possibile grazie all'utilizzo di politiche e strumenti che promuovano *l'integrazione virtuosa tra ricerca, didattica ed assistenza*. Infatti, integrare la ricerca scientifica, la didattica e l'assistenza rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca didattica ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.
- **Sviluppo economicamente sostenibile:** l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio impone all'Azienda la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari che in quelli amministrativi; tali condizioni sono perseguibili operando *sia* sulla "macchina organizzativa", evitando fenomeni di scarsa integrazione tra le strutture organizzative e favorendo modalità multidisciplinari di organizzazione del lavoro, *che* sulla continua propensione dei professionisti all'adozione di pratiche appropriate dal punto di vista clinico. Operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende Sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute all'interno dell'Azienda dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema azienda e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

3. La **vision** aziendale si articola nel rispetto dei seguenti **principi-guida**:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile, capace ed inserito in una comunità di riferimento portatrice di valori e di bisogni specifici;

- la libertà della ricerca e dell'insegnamento;
 - la inscindibilità delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza;
 - la leale cooperazione tra la parte ospedaliera e quella universitaria;
 - la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane e tecnologiche, da sostenere anche attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;
 - la pubblicità e la trasparenza;
 - la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Campania, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.
4. L'Azienda si impegna ad operare per giungere a modelli delle strutture e delle attività sanitarie funzionali a realizzare un'efficace e sinergica interazione delle attività assistenziali con le funzioni istituzionali dell'Università per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
- costante e progressivo miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute;
 - costante e progressivo miglioramento delle ricerche e dei processi formativi, in linea con i criteri seguiti a livello internazionale;
 - promozione dell'innovazione organizzativa e tecnologica nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
5. L'Azienda per assolvere correttamente alle funzioni ad essa assegnate tiene conto del contributo di tutti i soggetti che possono essere interessati alla sua azione. In questo senso, l'Azienda è anche luogo di mediazione tra gli interessi, talora contrastanti, dei propri *stakeholders*.
6. I principali *stakeholders* dell'Azienda possono essere così individuati:
- i pazienti, gli utenti ed i loro familiari;
 - gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei corsi per le professioni sanitarie;
 - il personale dipendente, dirigente e di comparto, sanitario, amministrativo, professionale e tecnico;
 - il personale universitario;
 - le Istituzioni, tra cui: il Ministero della Salute, la Regione Campania, l'Università degli Studi di Salerno, la Provincia di Salerno, il Comune di Salerno, i Comuni della provincia di Salerno;
 - i sindacati;
 - i fornitori;
 - le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei pazienti.
7. **L'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona**, in seguito al riassetto della rete ospedaliera e territoriale della Regione Campania²:
- a. **nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza**, è Dea di II livello con annessi Stabilimenti funzionalmente accorpati:
 - i. **PO "Costa d'Amalfi" di Castiglione di Ravello**, PO in zona particolarmente disagiata con Pronto Soccorso in deroga

² Decreto del Commissario ad Acta n. 103 /2018

- ii. **PO “Gaetano Fucito” di Mercato San Severino** ospedale sede di pronto soccorso
 - iii. **PO “Santa Maria Incoronata dell’Olmo” di Cava dei Tirreni** ospedale sede di pronto soccorso
 - iv. **PO “Giovanni Da Procida” di Salerno** stabilimento ad indirizzo riabilitativo
- b. ***nell’ambito della rete dell’emergenza cardiologica***, è presente la sede della Centrale Operativa per la Macroarea di Salerno e centro HUB per quel che riguarda la Rete Cardiologica; sono Spoke il PO “Fucito” di Mercato San Severino e il PO “Santa Maria Incoronata dell’Olmo” di Cava dei Tirreni;
 - c. ***nell’ambito della rete dell’ictus cerebrale acuto Stroke Unit***, è HUB di II livello;
 - d. ***nell’ambito della rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura***, è sede di Unità Operativa psichiatrica a conduzione universitaria;
 - e. ***nell’ambito della Rete Oncologica***, rientra tra le strutture per la gestione delle patologie oncologiche e delle urgenze/emergenze oncologiche;
 - f. ***nell’ambito della riorganizzazione delle attività di gastroenterologia***, è sede di attività ad “alta integrazione” per la gestione delle urgenze in gastroenterologia e in endoscopia digestiva ed è HUB nella rete delle emergenze digestive;
 - g. ***nell’ambito della Rete del Trauma grave***, è Centro Trauma di Alta specializzazione (CTS);
 - h. ***nell’ambito della Rete materno infantile***, è sede delle Unità Operative di Pediatria, Neonatologia, Terapia Intensiva Neonatale, Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso Ostetrico - Ginecologico, Pronto Soccorso Pediatrico spoke di II livello, con centro HUB destinato allo STAM e STEN
 - i. ***nell’ambito della Rete espianti e trapianti***, è sede di Rianimazione e di collegamento con il CRT;
 - j. ***nell’ambito del “Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Ospedaliera e Territoriale”³***, è sede del Dipartimento provinciale di Medicina di Laboratorio. Il Modello organizzativo proposto dal Piano ha previsto un sistema di Laboratori pubblici integrato su scala provinciale, da realizzarsi mediante la costituzione di una rete integrata di punti di Laboratorio dell’Azienda Sanitaria che elimini duplicazioni di servizi ad alto investimento tecnologico;
 - k. ***nell’ambito della Rete Riabilitativa*** ha posti letto di codice 56 riabilitazione e pl di codice 75 neuroriabilitazione e di codice 28 unità spinale;
 - l. ***nell’ambito delle malattie rare*** rappresenta punto di riferimento relativamente alla divisione tra le macro aree: Endocrino-metabolica, Sistema immunitario, Emopoietico, Neurologia, Oculistica, Circolatorio, Pneumologia, Gastroenterologia, Dermatologia e Connettivo.

Articolo 5 – Procedure per l’adozione dell’Atto Aziendale – Modalità e tempi di attuazione dell’Atto Aziendale

1. Il presente Atto, d’intesa con il Rettore, è adottato dal Direttore Generale nel rispetto del Protocollo d’Intesa, acquisito il parere favorevole dei componenti del Collegio di Direzione e informati i sigg. Sindaci dei Comuni sede di Presidio Ospedaliero e le OO.SS. per consentire di formulare eventuali considerazioni sullo stesso.

³Decreto del Commissario ad Acta n.55 del 30.09.2010.

2. Successivamente, l'Atto viene trasmesso alla Giunta Regionale per le eventuali osservazioni di competenza.
3. L'Azienda si riserva di dare pratica attuazione alla organizzazione aziendale prevista, nei tempi e nei modi che risultano compatibili con le esigenze di garantire continuità nei servizi.
4. L'Atto rinvia, per quanto non espressamente previsto dallo stesso, ai regolamenti vigenti, da emanare entro novanta giorni dalla adozione o da aggiornare, ove necessario, alle disposizioni contenute nelle leggi vigenti e nei contratti collettivi di lavoro e norme integrative e transitorie; in ogni caso l'Atto recepisce, anche ad immediata modifica, quanto recato dal Protocollo d'Intesa.

Articolo 6 – Assetto istituzionale e organi dell'Azienda

1. Ai sensi del Protocollo d'Intesa, sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, l'Organo di Indirizzo ed il Collegio di Direzione. Essi costituiscono parte integrante dell'assetto istituzionale inteso come l'insieme dei soggetti e organi, considerati nei rispettivi ruoli e reciproche relazioni, tramite cui vengono esercitate le prerogative di governo dell'Azienda.
2. L'assetto istituzionale si articola nei seguenti soggetti, organi ed organismi:
 - l'Università di Salerno e la Regione Campania, quali principali portatori d'interesse dell'Azienda;
 - gli organi collegiali di decisione e controllo aziendale, cui appartengono l'Organo di Indirizzo, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione;
 - gli organismi collegiali di indirizzo, verifica o controllo, cui appartengono l'Organismo Indipendente di Valutazione ed i Collegi Tecnici.

Articolo 7 - Il Direttore Generale

1. Il Direttore Generale dell'Azienda è titolare della rappresentanza legale ed esercita tutti i poteri di gestione dell'Azienda stessa adottando i provvedimenti necessari. E' responsabile della funzione di indirizzo, esercitata attraverso la definizione di obiettivi e programmi, e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione sanitaria, finanziaria, tecnica e amministrativa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.
2. Il Direttore Generale assicura il perseguimento della missione avvalendosi degli organi e delle strutture aziendali, ne garantisce il governo complessivo avvalendosi del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.
3. Il Direttore Generale è nominato secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, del D.Lgs. n. 517/1999, dal Presidente della Regione, acquisita l'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Salerno.
4. I requisiti per la nomina sono definiti nell'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. Il relativo contratto di diritto privato ha la durata compresa tra 3 e 5 anni.

5. In particolare, al Direttore Generale compete:
- a) esercitare – coerentemente ai principi, agli obiettivi, agli indirizzi e alle direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari – i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi coerentemente con la programmazione della Università degli studi di Salerno;
 - b) presidiare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione complessiva;
 - c) esercitare le funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati;
 - d) definire gli obiettivi e i programmi aziendali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
 - e) individuare le risorse umane, materiali ed economico finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione, secondo i principi di imparzialità e trasparenza;
 - f) avere la responsabilità di adottare direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione dell'Azienda;
 - g) avere l'esclusiva titolarità e rappresentanza del logo (marchio e nome), nonché dei rapporti con l'esterno;
 - h) avere la responsabilità di adottare tutti gli atti deliberativi necessari ad esercitare i suddetti poteri organizzativi e gestionali e di garantire la legittimità di tali atti;
 - i) programmare il fabbisogno del personale e adottare le decisioni relative all'assunzione dello stesso, nel rispetto delle vigenti disposizioni nazionali e regionali;
 - j) effettuare la verifica di rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite;
 - k) essere responsabile delle seguenti nomine:
 - nomina del Collegio Sindacale;
 - nomina e revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
 - nomina dei componenti il Collegio di Direzione;
 - nomina del/i componenti l'Organismo Indipendente di Valutazione;
 - nomina dei componenti i Collegi Tecnici (CT), dei componenti il Comitato unico di Garanzia per le pari opportunità e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente;
 - l) adottare, d'intesa con il Rettore, l'atto aziendale, secondo il Protocollo d'Intesa, le sue modifiche e i regolamenti interni per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dell'Azienda, nonché l'individuazione delle strutture da effettuarsi nel rispetto delle Linee Guida regionali;
 - m) delegare, mediante specifici atti, le funzioni di gestione ai dirigenti;
 - n) adottare i provvedimenti, acquisita l'intesa con il Rettore, per la nomina e la revoca degli incarichi del personale universitario assegnato all'assistenza, nel rispetto del Protocollo d'Intesa;
 - o) adottare gli atti regolamentari e di tutti quelli che si rendono necessari in attuazione di normative nazionali e regionali;
 - p) adottare tutti gli atti deliberativi relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, compresi quelli formulati secondo la logica budgettaria specifica di ogni Dipartimento e di quella complessiva aziendale;
 - q) adottare tutti gli atti deliberativi riguardanti l'assunzione di personale;
 - r) adottare tutti gli altri atti indicati dalla legislazione nazionale e regionale vigente;
 - s) verificare la corretta ed economica gestione delle risorse e il buon andamento dell'azione amministrativa;
 - t) verificare la qualità e quantità dei servizi erogati;
 - u) verificare il raggiungimento degli obiettivi programmati;
 - v) all'assolvimento di ogni altro compito previsto dalle leggi.

6. In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:
 - funzioni ad esso esclusivamente riservate;
 - funzioni delegabili, in tutto o in parte, al Direttore Sanitario ed al Direttore Amministrativo e agli altri dirigenti dell'Azienda.

7. Rimangono di esclusiva competenza del Direttore Generale le funzioni di alta amministrazione cioè quelle più propriamente "di governo", mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui:
 - l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
 - l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e di acquisizione delle entrate;
 - l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
 - la stipula dei contratti;
 - tutti i poteri necessari, decisionali e di spesa, per l'applicazione delle norme in tema di prevenzione infortuni, sicurezza ed igiene nei luoghi di lavoro, ovvero tutti gli obblighi e gli adempimenti propri del Datore di lavoro delegabili ai sensi del D. Lgs. n. 81 del 9/4/2008.

8. Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, possono essere:
 - funzioni delegate dal Direttore Generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
 - funzioni agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del Direttore Generale.

9. In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sua sostituzione.

Articolo 8 - Il Collegio Sindacale

1. Ai sensi dell'art. 3 ter del D.Lgs. n. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, del D.Lgs. n. 229/99, dell'art. 4 del D.Lgs. n. 517/99 e dell'art. 10 del Protocollo d'Intesa è Organo dell'Azienda.
2. Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale e dura in carica tre anni.
3. Il Collegio Sindacale è composto da 3 membri, ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge n.190/2014 designati uno dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute.
4. Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente secondo le modalità previste dalle norme.
5. Il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza delle leggi;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- collabora alla individuazione degli interventi in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda;
- fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

Articolo 9 - L'Organo di indirizzo

1. L'Organo di indirizzo è disciplinato dall'articolo 4, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999. Il Protocollo d'Intesa ne disciplina la costituzione.
2. L'organo di indirizzo, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verificare la corretta attuazione della programmazione.
3. L'Organo di Indirizzo, con riferimento principalmente ai Dipartimenti ad Attività Integrata:
 - esprime parere obbligatorio circa la corretta integrazione delle attività di didattica, di ricerca e di assistenza nei Dipartimenti ad Attività Integrata al fine di un'efficace programmazione assistenziale;
 - esprime parere obbligatorio sul documento programmatico elaborato dal Direttore Generale in merito alla coerenza tra l'attività assistenziale e le necessità didattiche e di ricerca;
 - esprime parere obbligatorio sulla coerenza tra obiettivi proposti e risultati raggiunti, come relazionato dal Direttore Generale nella relazione consuntiva sull'andamento dell'esercizio dell'anno precedente.
4. È costituito da quattro membri:
 - a) due membri designati dal Rettore, di cui uno è il Direttore del Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria;
 - b) due membri nominati dal Presidente della Giunta Regionale.

Il Presidente, tra i membri dell'organo di indirizzo, è nominato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore.

Articolo 10 - Il Collegio di Direzione

1. Il Collegio di Direzione⁴ concorre ad elaborare il programma delle attività dell'Azienda, la programmazione ed il governo dell'attività clinica, la pianificazione dei servizi, soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie e la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici stabiliti.
2. Le competenze del Collegio di Direzione sono le seguenti:
 - a) concorre al governo delle attività cliniche;
 - b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e le modalità di pubblicità e divulgazione delle stesse;
 - c) partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'Università;
 - d) suggerisce alla Direzione Generale ed alle Direzioni di Dipartimento, in relazione alle rispettive competenze, l'adozione dei provvedimenti riconducibili alla sfera del governo clinico dell'Azienda esprimendo, in particolare, le proprie valutazioni sulla pratica clinica ed assistenziale dei percorsi diagnostico terapeutici e sui risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi clinici;
 - e) partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche;
 - f) concorre alla formulazione delle politiche per la definizione dei programmi di formazione.
3. Il Collegio di Direzione è strumento della Direzione Generale per la comunicazione e la condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le strutture dell'Azienda.
4. Il Collegio di Direzione costituisce primaria sede e strumento d'analisi, confronto e coordinamento tra Direzione strategica e professionisti nella elaborazione e nella promozione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo con attività propositive e consultive alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore Generale.
5. Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali ed integrate.
6. Al Collegio di Direzione competono, altresì, le funzioni di cui al D.L. 158/2012 convertito dalla L. n. 189/2012. In particolare il Collegio di Direzione esprime il proprio parere per:
 - l'acquisizione, tramite l'acquisto o la locazione, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità;
 - il piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria.
7. Al Collegio di Direzione è anche affidato il compito di dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria.

⁴ Art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e art. 4, comma 5, del D.Lgs. n. 517/99.

8. Il Direttore Generale costituisce con proprio provvedimento il Collegio di Direzione adottando uno specifico regolamento, definito in sede di prima convocazione dell'organo, per le modalità di funzionamento di tale organo che ne garantisca il regolare e costante svolgimento delle attribuzioni sia sul versante della partecipazione attiva alle funzioni su elencate sia al ruolo di organo di consulenza al Direttore Generale per l'espressione di pareri obbligatori su tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche.
9. Il Collegio di direzione è composto, ai sensi del vigente regolamento adottato con deliberazione n.191 del 2/3/2020, da:
 - il Direttore Generale che ne è il Presidente;
 - il Direttore Sanitario;
 - il Direttore Amministrativo;
 - i Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata (DAI);
10. Il Presidente del Collegio di Direzione, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare, può estendere la partecipazione alle singole sedute dello stesso anche ai Direttori di Struttura Complessa e/o altri responsabili di funzioni o processi aziendali di volta in volta interessati, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.
11. Ai componenti del Collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità, o rimborso spese.

Articolo 11 - Il Consiglio dei Sanitari

1. Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono disciplinate da un apposito regolamento.
2. I pareri del Consiglio dei Sanitari s'intendono come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.
3. Gli aspetti di ordine gestionale, organizzativo e funzionale del Consiglio dei Sanitari saranno disciplinati nel relativo regolamento da adottare nei successivi 90 giorni dall'approvazione del presente documento.

TITOLO II - L' Assetto Organizzativo dell'Azienda

Articolo 12 - La Direzione strategica

1. Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi, eventualmente, del Collegio di Direzione.
2. La Direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed universitaria le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione. Essa rappresenta, pertanto, la sede ove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della "missione aziendale".
3. In particolare spetta alla Direzione strategica:
 - l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale ed universitarie;
 - l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
 - la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
 - le relazioni interne ed esterne e la comunicazione;
 - la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
 - la pianificazione strategica e la governance dell'Azienda.
4. La Direzione strategica, ai sensi del D.L. 30 marzo 2001, n. 165 è affiancata, quando necessario, da strutture di supporto chiamate a svolgere funzioni strumentali per il governo clinico ed il governo economico e gestionale dell'Azienda composte da personale temporaneamente utilizzato per il perseguimento delle finalità proprie della struttura di collaborazione e di supporto tecnico e metodologico alla direzione.

Articolo 13 - Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo

1. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo sono nominati con provvedimento motivato dal Direttore Generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.
2. Il rapporto di lavoro del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario è a tempo pieno e di diritto privato e si instaura con contratto disciplinato dall'art. 3, comma 7, e dall'art. 3 bis, comma 8, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. ed i..
3. Il contratto è sottoscritto sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e deve essere trasmesso alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.
4. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti. Essi esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza e su ogni questione che venga loro sottoposta ed inoltre:

- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
 - formulano, per le materie di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
 - curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'Azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
 - determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale;
 - verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
 - svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.
5. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.
 6. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal Direttore Generale, su proposta degli stessi.

Articolo 14 - Il Direttore Sanitario

1. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.
2. Il Direttore Sanitario è nominato con delibera del Direttore Generale.
3. I requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni.
4. Il Direttore Sanitario coordina i servizi sanitari negli ambiti previsti dalle Leggi Regionali, dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fatte salve le competenze, le responsabilità e le funzioni individuali dei singoli dirigenti previste dal D.Lgs. n. 165/2001.
5. In linea generale il governo sanitario dell'Azienda fa riferimento al Direttore Sanitario, sia per quanto concerne la qualità che l'efficienza tecnica e operativa della attività sanitaria, così come la distribuzione dei servizi orientati al singolo o alla collettività. In particolare il Direttore Sanitario sovrintende ai servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari secondo le modalità proprie dell'"indirizzo/controllo" sui comportamenti dei dirigenti specificamente preposti, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e appropriatezza della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione, della sperimentazione della ricerca e della formazione, della progettazione delle strutture sanitarie, dell'aggiornamento delle tecnologie. E'

componente di diritto del Collegio di Direzione e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

6. Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'Azienda in relazione alla qualità e all'efficienza tecnica della produzione di prestazioni, sia alla distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.
7. Al Direttore Sanitario nell'esercizio del governo clinico aziendale compete:
 - a) contribuire a definire l'attribuzione degli obiettivi e delle risorse economiche, umane e strumentali ai Direttori dei Dipartimenti di Assistenza Integrata;
 - b) assumere la responsabilità di individuare ed attuare percorsi clinico assistenziali per l'intervento mirato su specifiche patologie e specifici gruppi di popolazione;
 - c) precisare ambiti ed intensità della eventuale delega conferita ai Direttori di Dipartimento per quanto attiene agli aspetti legati alla organizzazione, gestione e produzione.
8. Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica, con particolare riferimento alle seguenti responsabilità specifiche:
 - a) coordinare i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari e fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza, identificando, ai fini programmatori, la domanda di assistenza;
 - b) svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari, promuovere l'integrazione dei servizi stessi, proporre le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al governo economico dell'Azienda;
 - c) vigilare sull'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e delle altre professionalità sanitarie, tenuto conto di quanto al riguardo stabilito specificatamente dalla regolamentazione in materia di attività libero-professionale intramoenia.
9. Il Direttore Sanitario, in particolare, per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:
 - a) analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
 - b) sistemi informativi sanitari;
 - c) sviluppo del governo clinico con riferimento anche alle liste di attesa;
 - d) sviluppo e monitoraggio della qualità dei servizi erogati e dell'umanizzazione delle cure;
 - e) formazione;
 - f) rischio clinico e radiologico;
 - g) valutazione delle tecnologie technology assessment;
 - h) accreditamento;
 - i) coordinamento delle diverse linee di attività svolte nelle sedi aziendali;
 - j) coordinamento delle attività di ricovero;
 - k) valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.
10. Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e dell'utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'Azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, nonché come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico.

Articolo 15 - Il Direttore Amministrativo

1. Il Direttore Amministrativo è nominato con delibera del Direttore Generale.
2. I requisiti ed il rapporto di lavoro sono disciplinati dall'art. 3 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m. ed i..
3. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.
4. Il Direttore Amministrativo definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.
5. Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale coadiuvando, in particolare, il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.
6. Il Direttore Amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:
 - a) gestione giuridico-economica delle risorse umane;
 - b) gestione e sviluppo dell'ICT;
 - c) gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
 - d) gestione degli Affari Generali e delle consulenze legali;
 - e) progettazione, esecuzione e gestione di interventi strutturali;
 - f) acquisizione, manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
 - g) acquisizione, manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
 - h) acquisizione, gestione e distribuzione dei beni di consumo;
 - i) acquisizione e gestione di servizi.
7. Al Direttore Amministrativo compete in particolare:
 - a) presiedere alla funzione di governo economico-finanziario aziendale in modo da garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi sia revisionali, necessari a permettere la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività aziendale secondo i principi della correttezza, completezza e trasparenza;
 - b) presiedere alla gestione giuridico-economica delle risorse umane;
 - c) sovrintendere all'acquisizione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, definendo gli orientamenti operativi delle UU.OO. di tipo tecnico ed amministrativo ed assicurandone il coordinamento e l'integrazione;

- d) garantire la qualità delle procedure organizzative di natura tecnica e logistica, assicurando il corretto assolvimento di dette funzioni di supporto e perseguendo l'integrazione delle strutture organizzative a tal fine preposte;
 - e) verificare il rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza, buon andamento, efficacia, economicità, nonché legalità, pubblicità, semplificazione e buona fede dell'azione amministrativa.
8. Il Direttore Amministrativo, grazie allo strumento della concertazione delle decisioni, armonizza la sua azione con quella del Direttore Sanitario.

Articolo 16 - L'Organismo Indipendente di Valutazione

1. L'Azienda istituisce l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (**OIV**), in ottemperanza all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, così come modificato dal D.Lgs. 74/2017, e alle altre norme nazionali e regionali in materia.
2. L'Organismo esercita le attività di controllo ed è composto da tre esperti di comprovata professionalità, iscritti nell'Elenco Nazionale OIV e nominati dal Direttore Generale, sentito il Rettore dell'Università di studi di Salerno.
3. L'Organismo:
 - a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
 - b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.AC.);
 - c) valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
 - d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'Azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
 - e) propone al Direttore Generale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance;
 - f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dall'A.N.AC.;
 - g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
 - h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.
4. Presso la UOC Controllo di Gestione è costituita, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda, una Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni di supporto all'OIV. Il responsabile della struttura tecnica permanente deve possedere una specifica professionalità ed esperienza nel campo della misurazione della performance nelle amministrazioni pubbliche.

Articolo 17 - Il Collegio Tecnico

1. Il Collegio Tecnico (art. 5, comma 13, del D.Lgs. n. 517/1999) è formato da 3 esperti designati dal Direttore Generale dell'Azienda, per la valutazione e la verifica dei risultati delle strutture assistenziali componenti l'Azienda, previste dalle norme vigenti per il SSR e con il compito di elaborare omogenei criteri di valutazione per il personale, tenendo conto di quanto previsto nei contratti collettivi di lavoro.
2. Il Collegio Tecnico varia la sua composizione a seconda dei dirigenti da valutare e, per uniformare la valutazione, è presente un Collegio Tecnico per ciascun DAI.
3. Per i dirigenti non afferenti ad un dipartimento, il collegio tecnico è presieduto rispettivamente dal Direttore Medico di Presidio o, in mancanza, dal Direttore Sanitario e da due dirigenti appartenenti alla stessa disciplina o area del dirigente oggetto di valutazione.
4. Per il personale universitario conferito all'assistenza il Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, nomina specifico Collegio Tecnico presieduto dal Direttore del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria e 2 professori.
5. Per la Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa il Direttore Generale procede alla nomina dei componenti nel rispetto di quanto disciplinato nella Sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali del CCNL "Area delle Funzioni Locali"
6. Gli esiti delle verifiche effettuate dai Collegi Tecnici sono trasmessi alla UOC Gestione Risorse Umane per i successivi adempimenti.

Articolo 18 - Il Comitato dei Garanti

1. Ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il Direttore Generale previo parere conforme, da esprimere entro settantadue ore dalla richiesta, di un apposito comitato costituito da tre garanti, nominati di intesa tra rettore e Direttore Generale per un triennio, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporre l'allontanamento dall'azienda, dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza. Qualora il comitato non si esprima nelle settantadue ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.
2. Il Comitato è composto da tre membri: il Direttore del Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana" che assume le funzioni di presidenza ed altri due componenti nominati dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Salerno.
3. Il parere reso dal comitato deve essere espresso tenendo conto delle peculiari funzioni di didattica e di ricerca svolte dai docenti universitari.

4. Il regolamento del Comitato verrà definito in sede di prima convocazione dallo stesso.

Articolo 19 - Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)

1. L'Azienda, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per l'Azienda,⁵ il "*Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*" (CUG).
2. Il CUG ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi.
3. Il presidente del CUG è designato dal Direttore Generale.
4. Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Promuove iniziative volte ad attuare le direttive dell'Unione Europea per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone.
5. Nell'ambito del comitato possono essere previste due specifiche sezioni tecniche composte dai componenti stessi del CUG di cui una relativa alle pari opportunità e l'altra relativa al mobbing e benessere dei lavoratori.
6. Al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, l'Azienda:
 - a) riserva alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
 - b) adotta propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
 - c) garantisce la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
 - d) può finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

⁵ Come previsto dal punto 12.11 del Decreto 18/2013.

7. L'Azienda adotta tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Articolo 20 - I Comitati e le Commissioni aziendali

1. Nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Azienda operano inoltre i seguenti Organismi:
 - a) Comitato etico;
 - b) Commissione dispositivi ed Health Technology Assesment (HTA);
 - c) Comitato per il buon uso del sangue;
 - d) Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
 - e) Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
 - f) Commissione paritetica dell'attività libero professionale;
 - g) Commissione per la formazione;
 - h) Comitato di redazione del portale aziendale;
 - i) Commissione per gli atti di violenza.

1. Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

2. I suddetti Organismi sono istituiti nel rispetto della normativa contrattuale vigente, con deliberazione del Direttore Generale e la loro composizione e funzionamento sono definiti in appositi regolamenti aziendali.

3. Nei Comitati e nelle Commissioni aziendali deve essere garantita la partecipazione del personale universitario.

4. Dalla costituzione di detti organismi, non possono derivare nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

5. In ottemperanza a specifiche norme legislative o clausole contrattuali, possono essere istituiti, con le medesime modalità, altri organismi finalizzati allo svolgimento di attività istituzionali.

Articolo 21 - Principi generali dell'organizzazione aziendale

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

2. Nel definire la propria organizzazione interna, l'Azienda si ispira ai seguenti principi:
 - a) **Responsabilizzazione diffusa del personale** - tale per cui ciascun operatore aziendale, indipendentemente dall'incarico organizzativo formalmente attribuitogli,

assume comportamenti responsabili ed orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche e di programmazione da questa definite e secondo il proprio ruolo lavorativo. La responsabilizzazione sui risultati è implicita nelle azioni del dirigente ed è elemento qualificante il ruolo in Azienda della dirigenza di qualsiasi livello e del restante personale.

- b) **Flessibilità** - per cui le scelte di organizzazione devono garantire condizioni di utilizzo delle risorse orientate al miglior sfruttamento delle potenzialità produttive, anche attraverso la concentrazione che genera economie di specializzazione e la condivisione che genera economie di scala e di scopo e, ai fini della produzione dei servizi e delle prestazioni indicati dai livelli essenziali di assistenza dalla programmazione nazionale e regionale, al miglior adattamento agli effettivi bisogni sanitari, mutevoli e differenziati, della popolazione (essere quindi in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui si opera) e delle risorse a disposizione.
- c) **Dinamicità governata** - essendo l'organizzazione soggetta a continui adattamenti resi necessari dal mutare del contesto interno ed esterno. L'Azienda si impegna a garantire condizioni stabili di organizzazione e funzionamento che ne favoriscano lo sviluppo, ma si riserva la facoltà di avviare i necessari cambiamenti incrementali o radicali quando si presenti la necessità e promuove la partecipazione dei propri operatori a tali processi. In altri termini, introdurre, in via ordinaria e permanente, un "sistema circolare" costituito da: programmazione, verifica e valutazione della quantità e qualità delle prestazioni, tramite la predisposizione di strumenti per la valutazione dei risultati, nonché del loro costo. Tutti gli operatori adottano un analogo sistema per la valutazione del proprio operato con l'individuazione dei mutamenti o degli adattamenti da introdurre per il miglioramento del prodotto aziendale.
- d) **Innovazione** - l'Azienda promuove una continua spinta all'innovazione gestionale e tecnologica, secondo un approccio che richiede una continua analisi e valutazione del sistema e dei suoi risultati, nonché un adattamento delle soluzioni innovative modulato sulle proprie specificità organizzative. A tale scopo, l'Azienda introduce innovazioni nelle modalità organizzative e gestionali che permettano di raggiungere gli obiettivi di promozione della salute nel suo contesto di riferimento, di aumentare la qualità del sistema e di garantirne la sostenibilità economica. L'innovazione organizzativa deve altresì garantire il miglioramento delle competenze che si realizza attraverso:
- I. il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca individuati nella programmazione dell'Università;
 - II. la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standards tecnico-scientifici;
 - III. il monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento;
 - IV. la continua attenzione all'offerta di nuove tecnologie, che veda il coinvolgimento congiunto del management aziendale e degli operatori sanitari in valutazioni di tipo economico e clinico.
- e) **Multidisciplinarietà** - che si realizza attraverso scelte organizzative di integrazione tra professionisti appartenenti alle diverse funzioni produttive e tra questi e gli operatori delle funzioni amministrative e tecniche. L'organizzazione attorno ai processi, in funzione del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta o la strutturazione delle aree funzionali omogenee in Dipartimenti, con compiti di coordinamento tecnico, di individuazione delle metodologie e degli strumenti tecnici da utilizzare rispetto agli obiettivi da raggiungere e di verifica dei risultati, sono condizioni fondamentali per la realizzazione della multidisciplinarietà.
- f) **Snellimento dell'organizzazione** - l'Azienda, coerentemente con il principio di responsabilizzazione diffusa, adotta soluzioni organizzative finalizzate a garantire

l'immediata individuazione delle responsabilità gestionali e sui risultati, attraverso una struttura fondata su un numero limitato di livelli gerarchici.

- g) **Valorizzazione delle risorse umane e professionali** - dando pari opportunità per l'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.
- h) **Garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa** - attraverso la tutela e la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato nonché la completezza, tempestività e diffusione dell'informazione.

Articolo 22 - La struttura organizzativa e le articolazioni organizzative

1. Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività ed alla economicità dell'Azienda.
2. Il modello organizzativo di riferimento per l'Azienda è quello dipartimentale ad attività integrata (DAI) e funzionale (DAF). Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (UU.OO.CC.), almeno 3 per ogni Dipartimento (DCA 18/2013 " *per ogni Dipartimento un numero di UOC non inferiore a tre e non superiore a 15*"), strutture semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (UU.OO.SS.), programmi intra ed interdipartimentali (art. 5, comma 4, D.Lgs. n. 517/99), incarichi dirigenziali e del personale del comparto, in linea con quanto previsto dai CCNL.
3. Le Unità Operative dell'Azienda si distinguono in:
 - U.O. clinico-assistenziali dotate di posti letto ordinari e/o di day hospital;
 - U.O. dei Servizi centrali sanitari (Farmacia, Radiologia, Laboratorio di Analisi, ecc.);
 - U.O. dei Servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (Tecnico manutentivo, Gestione Economico-Finanziaria, Gestione del Personale, ecc.).
4. Le **Unità Operative Complesse** sono strutture che hanno una propria autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con strutture affini e con uso in comune di risorse umane e strumentali, e presuppongono, pertanto, un'autonomia clinico-professionale ed organizzativa, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Comitato di Dipartimento.
5. Le **Unità Operative Semplici** sono articolazioni delle Unità Operative Complesse, con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico-professionale.
6. Le **Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale** sono dotate di responsabilità di gestione delle risorse umane e di autonomia clinica, professionale ed organizzativa.
7. Secondo quanto precisato nel Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 18 del 18.02.2013, per le Aziende Ospedaliere Universitarie, occorre prevedere:
 - una Unità Operativa complessa ogni 14 posti letto;
 - 1,31 unità operative semplici e semplici dipartimentali per ogni Unità operativa complessa.

Tali parametri si applicano al numero di posti letto programmati dal DCA n° 103 del 28/12/2018 e successiva DGRC n° 378/2020.

8. Il numero di strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali identificate in base agli standard di cui sopra è comprensivo delle Unità Operative dei servizi centrali sanitari (Farmacia, Radiologia, Laboratorio di analisi, ecc.) non è comprensivo dei servizi centrali tecnici, professionali ed amministrativi (Tecnico, Gestione Economico-Finanziaria, Gestione del personale ecc.), come chiarito con nota Regione Campania prot. 376740 del 16.07.2021 ad oggetto: Linee di indirizzo per l'adozione Atto Aziendale.

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

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

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

10. La valenza strategica è definita:

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

11. 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;

12. Le strutture aziendali possono essere a conduzione ospedaliera o a conduzione universitaria (art. 3 comma2 del D. Lgs. 517/1999), in considerazione anche della scuola di specializzazione attiva o da attivare.

Articolo 23 - Criteri generali per la individuazione delle Strutture organizzative

1. Le **Unità operative complesse**, di norma, devono essere caratterizzate da:

- a. rilevanza delle attività svolte per volume e tipologia;
- b. rilevanza del livello di responsabilità per la gestione della struttura;
- c. valore delle risorse professionali, operative e organizzative, adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- d. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una assegnazione adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi.

2. Le **Unità operative semplici dipartimentali**, di norma, devono essere caratterizzate da:
 - a. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative adeguate qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
 - b. funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
 - c. competenza specialistico-funzionale necessaria per la gestione della struttura;
 - d. rilevanza delle metodologie e delle strumentazioni utilizzate nella struttura.

3. Le **Unità operative semplici**, di norma, devono essere caratterizzate da:
 - a. esistenza all'interno di una Unità Operativa Complessa;
 - b. funzione strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa.

4. Per le UU.OO. assistenziali dotate di posti letto, devono essere erogate prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriali in misura tale da:
 - contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro tempi utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali e per la conclusione tempestiva delle degenze ordinarie o a ciclo diurno;
 - contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali entro i limiti stabiliti in sede aziendale sulla base degli indirizzi regionali;
 - garantire la quantità e qualità delle performance in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione del prodotto;
 - garantire l'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche diagnostiche e d assistenziali;
 - garantire una efficiente gestione delle risorse in dotazione.

Articolo 24 - Il modello Dipartimentale

1. Il Dipartimento rappresenta la struttura aziendale deputata al conseguimento di elevati livelli di appropriatezza nell'erogazione delle attività assistenziali, all'efficacia dell'azione amministrativa, tecnica e logistica, nonché al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio.

2. La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e sue modifiche e integrazioni, è affidata al Direttore di Dipartimento.

3. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore, ed è individuato tra i Direttori di struttura complessa afferenti al Dipartimento stesso.

4. I dipartimenti e le aree di staff alle direzioni generale, amministrativa e sanitaria possono avere natura **funzionale o strutturale** :
Il Dipartimento Funzionale e il Dipartimento Strutturale hanno una valenza Trasmurale per l'interazione tra i presidi ospedalieri.
Il Dipartimento ad Attività Funzionale (DAF) ha l'obiettivo di indurre uniformità nel processo assistenziale attraverso la diffusione di conoscenze e di pratiche che migliorino lo standard qualitativo dell'assistenza con l'adozione di strumenti collegati alla gestione per processi (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali-PDTA) che possono coinvolgere anche più DAI;

Sono Dipartimenti Strutturali i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) che hanno responsabilità di gestione nella misura in cui negoziano obiettivi con la direzione aziendale e vengono valutati rispetto agli obiettivi conseguiti.

Le Aree di Staff alle direzioni amministrativa e sanitaria hanno natura in parte funzionale e in parte strutturale.

5. L'Azienda declina il modello dipartimentale nell'ambito delle 5 Sedi in cui essa è articolata. Da un punto di vista organizzativo si configura un modello "a matrice" in cui coesiste il modello del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) e il modello del Dipartimento ad Attività Funzionale (DAF) che incrocia più DAI.

Articolo 25 - Dipartimento ad Attività Integrata (DAI)

1. Il Dipartimento ad attività integrate (DAI) è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.
2. Il DAI è costituito da strutture organizzative semplici dipartimentali e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità.
3. Dal punto di vista organizzativo-funzionale i DAI dell'AOU sono Dipartimenti Strutturali.
4. Il Dipartimento strutturale è una aggregazione organizzativa e funzionale di strutture che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative secondo il regolamento Aziendale. Esso è dotato di autonomia gestionale ed è soggetto a rendicontazione analitica.
5. I Dipartimenti ad attività integrata devono avere funzioni di:
 - coordinamento;
 - indirizzo di direzione;
 - valutazione dei risultati conseguiti;
 - elaborazione dei programmi di attività annuale;
 - razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse e dei beni.
6. Tali funzioni comprendono, in particolare:
 - partecipazione ai processi di programmazione ed individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi;
 - coordinamento e guida nei riguardi delle strutture organizzative nelle quali esso si articola e verifica dei risultati conseguiti;
 - studio, applicazione e verifica degli strumenti (linee guida, protocolli, ecc.) di omogeneizzazione ed integrazione delle procedure organizzative, assistenziali, amministrative e di utilizzo delle apparecchiature;
 - studio e applicazione di sistemi informativi di gestione per le connessioni dei e tra i dipartimenti, in grado di garantire l'interscambio e l'archiviazione di dati, informazioni, immagini;
 - individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza;
 - gestione del budget assegnato;

- utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche, con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle risorse;
- organizzazione dell'attività libero-professionale aziendale.

7. L'assetto organizzativo del dipartimento prevede:

- l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse (non inferiore a tre e non superiore a 15).
- una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti;
- presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, ecc.);
- dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

8. Tra i principali compiti dei Dipartimenti si individuano i seguenti:

- organizzare e pianificare la produzione (pianificazione operativa);
- garantire, rispetto agli obiettivi acquisiti, la produzione e i risultati ottenuti attraverso il controllo di qualità tecnica e il controllo di efficienza;
- la misurazione delle performance di processo e l'analisi delle attività;
- la valutazione di efficacia;
- partecipare alla programmazione strategica aziendale, attraverso la condivisione degli indirizzi strategici, dell'analisi della domanda e dell'individuazione degli indicatori critici di performance;

I dipartimenti, inoltre, adottano linee guida e percorsi assistenziali improntati alla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, e sono funzionali all'adozione di modelli operativi tendenti al continuo miglioramento delle performance aziendali.

Più in particolare ad essi spetta il compito di:

- tendere al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, l'efficacia e l'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati dal punto di vista clinico.
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cure basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie per elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

9. Gli Organi dei DAI sono:

- il Direttore di Dipartimento;
- il Comitato di Dipartimento.

10. Il Direttore di DAI garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali, controlla il budget del Dipartimento e rappresenta lo stesso nelle fasi di negoziazione con la Direzione Generale.

11. Per gli ulteriori aspetti di ordine gestionale, organizzativo e funzionale del DAI si rinvia a quanto disciplinato nello specifico regolamento aziendale.

Articolo 26 – I Dipartimenti ad Attività Funzionale – DAF

1. Di seguito si riportano le principali caratteristiche del Dipartimento ad Attività Funzionale:
 - Il DAF rappresenta aggregazioni di unità ed ha il compito di integrare funzionalmente le attività delle singole strutture componenti al fine di raggiungere specifici obiettivi.
 - Il Dipartimento Funzionale non è dotato di autonomia gestionale e non è soggetto a rendicontazione analitica, una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti Funzionali, oltre che del proprio Dipartimento Strutturale.
 - Sono facilitatori dei percorsi PDTA al fine di raggiungere più elevati standard di qualità e di umanizzazione delle cure.
 - Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

2. Sono, inoltre, funzioni del Dipartimento:
 - assicurare l'integrazione funzionale tra le unità operative interne e tra queste e le altre UU.OO. ospedaliere;
 - coordinare le attività comuni a più dipartimenti strutturali;
 - promuovere iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali.

Articolo 27 – Modelli operativi

1. L'Azienda favorisce la gestione di programmi, intra o interdipartimentali, l'implementazione di reti professionali e l'attivazione di gruppi operativi interdisciplinari.

2. L'Azienda, altresì, favorisce la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, didattica e ricerca di base ed applicata, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere, così come prevede il D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, art. 15, comma 13, lett. c bis.

Articolo 27.1 - Programmi infradipartimentali e interdipartimentali

1. 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, può affidare, come previsto dall'art. 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/99, la responsabilità e la gestione di programmi, intra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

2. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata anche ai professori di seconda fascia ed ai ricercatori ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa.

Articolo 27.2 - Reti professionali

1. L'Azienda può implementare reti professionali costituite da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca.
2. Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali a un centro specialistico. La creazione delle reti professionali ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne dell'Azienda, non direttamente tra loro, ma direttamente ricollegabili, in termini di posizionamento, nell'organigramma dall'Azienda stessa.

Articolo 27.3 - Gruppi Operativi Interdisciplinari

1. L'Azienda può attivare gruppi operativi interdisciplinari per la diffusione e l'applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. I gruppi operativi sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente.
2. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello di Dipartimento.
3. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti di governo clinico tra i quali: EBM, linee guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology assesment, Sistemi di Indicatori e Accreditamento.

Articolo 28 – Le Sedi ospedaliere

1. La Sede ospedaliera è una macro articolazione logistica dell'Azienda che assolve alle funzioni di assistenza ospedaliera ad esso assegnate nel quadro della complessiva programmazione dell'offerta aziendale, integrando i percorsi assistenziali, di didattica e ricerca condotti all'interno delle Sedi con quelli realizzati nelle altre sedi dell'Azienda.
2. Nell'ambito delle 5 Sedi che compongono l'Azienda sono previste quattro figure di coordinamento definite "Direzione Medica di Presidio" e riferite rispettivamente a:

- a) UOC di gestione e coordinamento delle attività delle Sedi “**San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona**” e “**Costa d’Amalfi**”;
 - b) UOC di gestione e coordinamento delle attività della Sede “**Gaetano Fucito**”;
 - c) UOC di gestione e coordinamento delle attività della Sede “**Santa Maria Incoronata dell’Olmo**”;
 - d) UOSD di gestione e coordinamento delle attività della sede “**Giovanni Da Procida**”.
3. Nell’ambito delle Sedi, il Direttore Medico di Presidio ha competenze organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, di formazione e aggiornamento sulla normativa sanitaria, promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni ed è corresponsabile del governo clinico della Sede, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell’efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie integrate con quelle di didattica e ricerca, ove previste.

Articolo 29 – L’interoperatività con il territorio

1. L’Azienda favorisce tutte le iniziative tese all’interoperatività con il territorio ai sensi del:
- DCA n° 142 del 13/11/2012 che ha recepito il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione;
 - DCA n° 132 del 31/12/2013 “*Documento d’indirizzo per la definizione del percorso assistenziale alle fratture del femore nel paziente anziano*”;
 - DCA n° 23 del 10/03/2015 “*Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all’accordo Conferenza Stato Regioni del 10/2/2011*”;
 - DCA n° 23 del 31/03/2016 avente ad oggetto “*Approvazione linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi nel percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus definito con DCA n.23 del 10/03/2015*”;
 - DCA n° 98 del 20.09.2016 “*Istituzione della rete oncologica campana*”
 - DCA n° 63 del 13/07/2017 “*Istituzione della rete regionale dei laboratori per la tipizzazione genetica dei linfomi e delle leucemie*”
 - DCA n° 62 del 05/07/2018 “*Approvazione Linee di indirizzo per la riorganizzazione dello STEN e l’attivazione dello STAM in Regione Campania*”;
 - DCA n° 64 del 16/07/2018 “*Piano Regionale della Rete dell’Emergenza Cardiologica Campania (Rete IMA)*”;
 - DCA n° 103 del 28/12/2018 “*Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015*”;
 - DCA n° 63 del 29/07/2019 “*Approvazione rete regionale emergenza stroke*”;
 - DCA n° 69 del 27/09/2019 relativo “*Nuove Linee Guida per i controlli delle attività di ricovero*”;
 - DCA n°83 del 31/12/2019 “*Piano regionale della rete di Assistenza Sanitaria territoriale 2019-2021*”.
 - DCA n° 6 del 17/01/2020 “*Approvazione del Piano Triennale 2019-2021 di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art 2, c. 88 della legge 23 dicembre 2009, n°191*”;
 - DGRC n° 378 del 23/07/2020 “*Adozione Piano di riorganizzazione /potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva ed in aree di assistenza ad alta intensità di cura della regione Campania integrazione e aggiornamento DGRC n°304 del 16/06/2020*”;
 - DGRC n° 682 del 13/12/2022 “*Linee guida sugli interventi di riordino territoriali della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM n°77 del 23 maggio 2022*”.

In tale ottica l'Azienda garantisce la continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio attraverso la definizione condivisa di PDTA, favorendo le dimissioni protette ogniqualvolta necessario e attivando la UVBR già al letto del paziente con individuazione del setting di cura più appropriato in relazione alla specificità del bisogno rilevato in esito alla valutazione.

Articolo 29.1 – La Rete Trasfusionale

1. Ai sensi del Decreto Commissariale n. 42/2014 è istituito il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMIT) Campania Sud.
2. L'Azienda contribuisce al raggiungimento in ambito regionale dei livelli di autosufficienza di sangue intero e dei suoi componenti.
3. Il Centro di Qualificazione Biologica (CQB) del DIMIT, comprendente l'ASL Napoli 3, l'ASL di Salerno e l'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona ha sede presso la UOC SIMT dell'A.O.U. I servizi trasfusionali che afferiscono al CQB sono: PO San Leonardo di Castellammare di Stabia, PO Umbero I Nocera Inferiore, PO di Battipaglia e PO San Luca di Vallo della Lucania, PO di Eboli e PO di Polla.

Articolo 30 – Centri di riferimento

1. La Regione istituisce ed assegna i Centri di Riferimento Regionale all'Azienda nell'ambito delle strutture per le quali viene dimostrata la sussistenza di specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi nonché una qualificante ed adeguata attività clinica e/o di ricerca tale da svolgere funzioni di capofila e di coordinamento a livello regionale nei confronti di tutte le strutture operanti nel medesimo settore e punto di riferimento per i pazienti.

Articolo 31 – Staff della Direzione Generale

1. La Direzione Generale è dotata di un Ufficio di staff che la supporta nelle attività proprie della segreteria direzionale e di una struttura semplice che assicura il management delle attività progettuali, nonché il collegamento con gli Enti Territoriali di riferimento e UNISA per lo sviluppo di percorsi integrati.

Articolo 32 – Staff della Direzione Amministrativa

1. La macro area di staff tecnico-amministrativa assicura i processi operativi inerenti alle funzioni tecniche, amministrative e logistiche e la razionale programmazione e gestione, nonché il miglioramento dell'efficienza gestionale. Ricomprende le strutture organizzative amministrative e tecniche dell'Azienda, la cui declaratoria delle funzioni è esposta nella II sezione del presente documento.
2. Nell'ambito della macro area, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti

che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

3. La macro area di staff assicura una funzione strumentale in favore di tutte le articolazioni organizzative aziendali. L'esigenza di favorire processi di cambiamento nelle aree amministrative, tecniche e logistiche è riconducibile ai seguenti aspetti:
 - sviluppare attività sul modello "catena del valore" al fine di definire e valorizzare le responsabilità trasversali e favorire lo sviluppo di processi integrati superando la parcellizzazione delle singole azioni e le barriere esistenti tra le diverse articolazioni operative e valorizzando il lavoro interdisciplinare anche attraverso la reingegnerizzazione dei principali processi operativi secondo logiche di lean thinking;
 - eliminare diseconomie, duplicazioni e sovrapposizioni per garantire maggiore efficacia ed efficienza al sistema nel suo complesso;
 - garantire chiarezza nel sistema delle relazioni gerarchiche e funzionali così da rendere esplicito e condiviso il sistema della responsabilità e delle competenze.

4. L'Azienda favorisce la realizzazione di una organizzazione che consenta di:
 - diffondere sistemi di lavoro per processi e progetti;
 - definire assetti organizzativi che favoriscano l'integrazione orizzontale;
 - superare l'eccessiva parcellizzazione dei fattori produttivi per favorire l'uso comune delle risorse, garantire economie di scala e diffondere la cultura della partecipazione e del miglioramento continuo;
 - conseguire la massima flessibilità nell'uso delle risorse.

5. Fanno riferimento allo staff della Direzione amministrativa anche le unità organizzative di seguito elencate:
 - Segreterie del Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
 - Affari generali e supporto agli organi ed organismi aziendali;
 - Affari legali;
 - Acquisizione beni e servizi;
 - Gestione economico finanziaria,
 - Patrimonio mobiliare e immobiliare;
 - Gestione delle risorse umane
 - Sistemi informativi;
 - Programmazione e controllo di gestione;
 - Ingegneria clinica e HTA;
 - Attività Tecnico Manutentiva.

Articolo 33 – Staff della Direzione Sanitaria

1. La macro area di staff è articolata in una struttura organizzativa complessa, che comprende unità semplici, deputata al governo e gestione degli accessi e dei flussi informativi sanitari nonché allo sviluppo dell'epidemiologia dei servizi sanitari, dell'EBM, dei PDTA, ecc.
2. La configurazione della macro area si completa con una ulteriore struttura semplice che ha l'obiettivo di ridisegnare la rete clinico-assistenziale, sfruttando le potenzialità della

telemedicina e della innovazione tecnologica essendo orientata allo sviluppo delle terapie digitali, alla medicina digitale, alla personalizzazione delle cure, nonché ai nuovi modelli di analisi e diagnosi. L'organizzazione è dunque proiettata alla definizione di nuovi modelli assistenziali più vicini ai bisogni dei pazienti e alle loro esigenze, favorendo l'integrazione con il territorio e cercando di rendere più efficiente l'offerta assistenziale attraverso l'utilizzo della tecnologia.

Articolo 34 – U.O.C. Servizio professioni sanitarie

1. L'Azienda individua il Servizio delle professioni infermieristiche ed ostetriche, delle professioni tecnico sanitarie, delle professioni della riabilitazione e degli assistenti sociali.
2. Espleta le funzioni individuate dai regolamenti regionali e dalle altre norme in materia e utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi, perseguendo l'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse professionali al fine di garantire adeguati livelli qualitativi delle prestazioni, il coordinamento ed il controllo delle prestazioni delle professioni.
3. Il Direttore della struttura concorre, per gli aspetti di competenza, all'individuazione e alla realizzazione degli obiettivi definiti dalla Direzione strategica, per la programmazione, organizzazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni di ciascuna area professionale nonché per l'assolvimento del debito informativo.

Articolo 35 – UOC Risk Management e Monitoraggio ICA

1. L'Azienda adotta un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.
2. Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, è prevista la figura del "risk manager" al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.
3. Il "risk manager" assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (**NSIS**) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (**SIMES**), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Inoltre, raccoglie le denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Articolo 36 – La U.O.S.D. Servizio Prevenzione e Protezione

1. Il Servizio di prevenzione e protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art. 33 del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico

del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio prevenzione e protezione ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. n. 81/08 ed alla designazione del Responsabile come previsto dall'art. 17 del D.Lgs. n. 81/08.
3. Il Direttore Generale adotta apposito regolamento aziendale per l'organizzazione di un sistema di prevenzione e protezione dei rischi in applicazione delle norme contenute nell'art. 16 del D.Lgs. n. 81/08 e le linee guida per la realizzazione del sistema di gestione delle deleghe. La delega per la prevenzione deve essere completa di budget, direttamente e autonomamente gestito dal Datore di lavoro delegato, con l'obiettivo di migliorare i livelli di igiene e sicurezza del lavoro;

Articolo 37 - Il Polo Didattico

1. L'Azienda contribuisce a favorire l'efficace svolgimento delle attività didattiche per le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, con particolare riferimento al:
 - Corso di Laurea in Infermieristica;
 - Corso di Laurea in Ostetricia;
 - Corso di Laurea per Fisioterapisti;
 - Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica.
2. L'Azienda ai sensi del Protocollo d'Intesa, unitamente all'Università e alla Regione, si impegna a promuovere lo sviluppo della rete formativa relativa ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione per le professioni sanitarie.
3. L'Università assicura, con oneri a proprio carico, la disponibilità del personale docente necessario all'accREDITAMENTO dei corsi e delle scuole, salvo quanto previsto al comma successivo;
4. L'Azienda e le altre eventuali istituzioni convenzionate assumono a proprio carico le spese:
 - a. per la docenza affidata a dipendenti del SSN;
 - b. per il funzionamento del corso e per la logistica (aule, laboratori, tirocini, etc.).
5. Il Direttore Generale concorda con il Responsabile della Struttura Universitaria, così come definito nel Protocollo d'Intesa, l'apporto dei professionisti del SSN, o di altro personale comunque inserito nell'organico, da nominare per la funzione di docenza, tutorato ed altre attività formative per i corsi di laurea facenti parte della rete formativa per le professioni sanitarie.
6. I coordinatori delle attività formative pratiche e di tirocinio, individuati tra coloro che sono in servizio presso la struttura, nell'ambito dello specifico professionale cui corrisponde il Corso e che siano in possesso della Laurea Magistrale/Specialistica e di cinque anni di esperienza professionale nell'ambito della formazione, sono proposti dal Direttore Generale al Consiglio di Corso di laurea e nominati dalla Facoltà con valutazione comparativa.

7. Il coordinatore delle attività formative pratiche e di tirocinio presso ciascuna sede del Corso di Laurea dura in carica tre anni accademici, è responsabile degli insegnamenti tecnico-pratici, organizza le attività complementari, coordina i tutor di tirocinio e ne supervisiona le attività, garantisce l'accesso degli studenti alle strutture qualificate per le attività di tirocinio.
8. Per la finalità di cui all'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. del 21 dicembre 1999, n. 517 si richiamano, i seguenti criteri definiti dal Protocollo d'Intesa:
 - a. Il personale tecnico, amministrativo, sanitario in organico all'Azienda può partecipare alle attività didattiche, secondo quanto previsto dall'art. 54 C.C.N.L. 2006-2009 del Comparto Università e dell'art. 6 del D.Lgs. n. 502/1992;
 - b. Il personale del SSR partecipa all'attività didattica esercitando docenza, tutorato ed altre attività formative, nel rispetto dell'ordinamento didattico e dell'organizzazione delle strutture dell'Università;
 - c. L'Università e l'Azienda, nell'ambito delle rispettive competenze, definiscono, di concerto, modalità e forme di partecipazione del personale del SSR all'attività didattica in relazione alle deliberazioni dei competenti organi accademici;
 - d. L'attività didattica viene svolta salvaguardando le esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali e per il personale del SSR è necessario il nulla osta della competente Direzione Generale;
 - e. Lo svolgimento di funzioni di tutorato del tirocinio formativo affidate da parte della struttura universitaria di coordinamento al personale universitario strutturato o a personale del SSN, previo assenso dell'Azienda, costituisce parte integrante dell'orario di servizio.

TITOLO III - Il Governo dell'Azienda

Articolo 38 – Principi e regole generali per la gestione, controllo, valutazione e valorizzazione delle risorse umane

1. In coerenza con le linee di azione e le strategie definite dalla Regione nell'ottica dei piani operativi, tenuto conto della necessità di dover garantire l'equilibrio economico-finanziario, l'Azienda intende implementare un assetto organizzativo i cui principi e le cui regole di funzionamento siano in grado di garantire:
 - la necessaria flessibilità organizzativa e procedurale;
 - la declinazione del modello dipartimentale nei diversi presidi che costituiscono l'Azienda che prevede dipartimenti strutturali, alcuni dei quali collegati funzionalmente in un modello a matrice;
 - lo sviluppo di adeguati livelli di qualificazione e economicità dell'attività;
 - la promozione delle attività valutative e di miglioramento della qualità;
 - l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza;
 - l'integrazione trasversale delle competenze e dei servizi;
 - la legittimità, l'imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa;
 - il decentramento dei poteri gestionali attraverso un organico sistema di deleghe ai dirigenti preposti alle strutture organizzative individuate come centri di responsabilità;
 - l'attività di programmazione e d'indirizzo in capo al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendali.
2. La gestione delle risorse umane dell'Azienda, tenuto conto che il personale universitario assegnato all'assistenza concorre al calcolo complessivo della dotazione organica, è definita dalla programmazione universitaria formulata in coerenza con la programmazione aziendale, oltre che dalle indicazioni stabilite dai contratti collettivi, dalle norme nazionali e regionali e dal Protocollo d'Intesa.
3. L'Azienda ispira la sua attività di gestione delle risorse umane ai principi della piena valorizzazione delle persone che lavorano nell'Azienda e delle pari opportunità di accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi e allo sviluppo professionale.

Articolo 39 – Gestione delle risorse umane

1. Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico principale dell'Azienda. La loro qualità rappresenta la risorsa fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il coinvolgimento professionale e lavorativo, lo sviluppo delle risorse umane, la loro formazione continua e l'attenzione al benessere lavorativo sono altrettanti temi centrali su cui l'Azienda pone particolare attenzione.
2. Il processo di aziendalizzazione, la crescente complessità organizzativa dei servizi, le diverse esigenze partecipative dei cittadini e degli operatori comportano una sempre più evidente diffusione, a tutti i livelli, dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione del personale.

3. I principali strumenti utilizzati per la valorizzazione degli operatori dell'Azienda sono un adeguato contesto lavorativo, la formazione e l'aggiornamento professionale e la meritocrazia.

Articolo 40 - La dotazione organica

1. L'Azienda programma il proprio fabbisogno di personale al fine di determinare la dotazione organica complessiva ripartita per i DAI, i Programmi intra ed inter dipartimentali, le aree di staff della direzione strategica e per le singole unità organizzative e, più in generale, per ottimizzare l'impegno assistenziale del personale universitario, stante quanto disciplinato dal Protocollo d'Intesa.
2. L'Azienda si avvale del personale universitario assegnato all'assistenza compatibilmente con le esigenze della programmazione aziendale e dei relativi tetti economici definiti dalle vigenti disposizioni normative.
3. In relazione alla dinamicità dell'Azienda e del suo personale, la consistenza della dotazione organica può essere modificata con determinazione del Direttore Generale. L'Azienda utilizza la tipologia contrattuale più idonea per rispondere ad ogni fabbisogno individuato introducendo elementi di flessibilità nella gestione e la valorizzazione del personale laddove coerente con le esigenze aziendali.
4. Il fabbisogno di personale dell'Azienda è definito secondo indirizzi e criteri determinati dalla Regione Campania e trova rappresentazione nel Piano Triennale del Fabbisogno di Personale.

Articolo 41 Articolazioni organizzative e tipologie di incarico

1. Il sistema degli incarichi dirigenziali sanitari si fonda sull'articolazione dei livelli di responsabilità aderenti all'assetto organizzativo e funzionale definito nell'Atto Aziendale e gradua tutti i posti di dotazione organica; quest'ultima è intesa come fabbisogno di personale che comprende i dirigenti in servizio ed i posti che si intendono progressivamente coprire con rapporti di lavoro a tempo indeterminato, compatibilmente con le disposizioni di cui alla normativa nazionale e regionale vigente nel tempo.
2. In relazione alle funzioni, responsabilità e competenze declinate nell'Atto Aziendale, gli incarichi si distinguono nelle due tipologie previste dall'art. 22 del CCNL 28/09/2023:
 - I. **INCARICHI GESTIONALI** che includono necessariamente ed in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali:
 - a) **Incarico di direzione di struttura complessa;**
 - b) **Incarico di direzione di struttura semplice dipartimentale,** quale articolazione interna di dipartimento;
 - c) **Incarico di direzione di struttura semplice,** quale articolazione interna di struttura complessa.
 - II. **INCARICHI PROFESSIONALI**
 - a) **Incarico professionale di altissima professionalità,** i quali a loro volta si distinguono in:
 - Incarichi di **altissima professionalità a valenza dipartimentale;**

- Incarichi di **altissima professionalità a valenza interna di struttura complessa**;
 - b) **Incarico professionale di alta specializzazione**, articolazione funzionale all'interno della struttura complessa o semplice che assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento;
 - c) **Incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo**, che prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche;
 - d) **Incarico professionale di base**, che prevede precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile di struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività; detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso momenti di verifica e valutazione.
3. Per le descrizioni dettagliate e gli ulteriori aspetti di ordine gestionale, organizzativo e funzionale, nonché le modalità di valutazione e la possibilità di revoca degli incarichi si rinvia a quanto disciplinato nello specifico regolamento aziendale.

Articolo 42 - Conferimento degli incarichi ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo

1. Ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo possono essere conferiti incarichi di direzione di struttura complessa, di responsabilità di struttura semplice ed incarichi di natura professionale.
2. Gli incarichi dirigenziali sono conferiti a tempo determinato ed hanno una durata non inferiore a cinque anni e non superiore a sette. La durata può essere inferiore se coincide con il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo dell'interessato.
3. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, dal Direttore Generale con le procedure previste dalle aziende e nel rispetto delle linee guida regionali, attraverso procedimento di tipo selettivo attivato con l'indizione di avviso interno, al quale sono ammessi i dirigenti in possesso dei requisiti previsti dalla normativa e dal C.C.N.L..
4. Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna sono conferiti dal Direttore Generale dell'Azienda su proposta:
 - del Direttore di struttura complessa di afferenza per l'incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa;
 - del Direttore della struttura di appartenenza per gli incarichi professionali.
1. Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse l'Azienda effettua una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali.

Articolo 43 - Personale universitario

1. I professori e i ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda, sono conferiti all'assistenza con deliberazione del Direttore Generale con le procedure di cui all'articolo 5, comma 1, del D.Lgs. n. 517/1999 e su proposta del Magnifico Rettore dell'Università. Con lo stesso provvedimento è stabilita l'afferenza dei singoli professori e ricercatori universitari ai Dipartimenti, assicurando la coerenza fra il settore scientifico-

disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta e l'attività del Dipartimento.

2. Nell'emanazione dell'atto di cui al comma 1, per i docenti e ricercatori tenuti a formalizzare referti medici/clinici/biologico-laboratoriali, sarà richiesta l'iscrizione ai relativi albi professionali. Per gli stessi, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 517/99, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con l'Azienda e a quello con il Direttore Generale, si applicano le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.
3. Per quanto riguarda la posizione di direzione di struttura complessa, per le finalità di cui al comma 1, si tiene conto del curriculum scientifico-professionale e del possesso dei requisiti previsti per norma e, ove necessario, con valutazione comparativa tra gli aspiranti.
4. Ai professori di ruolo di prima fascia ai quali non sia possibile conferire la direzione di una unità operativa complessa o semplice si applica quanto previsto dall'articolo 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999. Analogamente sarà applicato quanto stabilito dal medesimo art. 5, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999 per i professori di seconda fascia.
5. Ai professori e ricercatori universitari, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il Direttore Generale, le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.
6. Dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario risponde al Direttore Generale. Le attività assistenziali svolte dai professori e dai ricercatori universitari si integrano con quelle di didattica e ricerca.
7. Il personale docente e ricercatore svolge attività assistenziale con gli orari e le modalità stabilite secondo specifici accordi attuativi stipulati tra l'Università e l'Azienda, così come previsto dal vigente Protocollo d'Intesa.
8. Con specifici accordi attuativi stipulati tra l'Università e l'Azienda sono disciplinati, fra l'altro
 - le modalità di svolgimento delle attività integrate, anche per quanto attiene l'articolazione dell'orario di servizio, a garanzia della piena operatività dell'Unità di assegnazione;
 - la possibilità di svolgimento delle attività medesime in più strutture assistenziali, con determinazione del relativo impegno e dei conseguenti adempimenti amministrativi-economici;
 - le funzioni e l'articolazione oraria dei responsabili di U.O.C. e di Dipartimento;
 - il trattamento aggiuntivo e le indennità comunque determinate di spettanza del personale universitario di cui al Protocollo d'Intesa;
 - il trattamento aggiuntivo di cui all'art. 6 del D.Lgs. n. 517/1999 al personale avente diritto, sarà anticipato dall'Università e in seguito a questa rimborsato dall'Azienda.
9. Va altresì ribadito il ruolo di coordinamento svolto dalla Scuola di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, fermo restando la necessità di procedure snelle che garantiscano l'operatività dell'Azienda.

10. Per quanto non ulteriormente qui regolamentato, si applica la disciplina di cui al D.Lgs. n. 517/99 e ss.mm.ii.

Articolo 44 – Trattamento economico del personale universitario

1. Il trattamento economico a carico dell'Azienda spettante al personale docente e ricercatore è definito in conformità a quanto disciplinato dal Protocollo d'Intesa.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 517/99, dai CCNL e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente. In conformità della previsione normativa di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 29/93, che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con i risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame dovrà articolarsi in due voci retributive, di posizione e di risultato. La retribuzione di posizione va collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico. I relativi importi andranno determinati in modo da tener conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.
3. La retribuzione di risultato andrà invece correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti e con le stesse modalità previste per il personale ospedaliero.
4. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi è definita nel rispetto dei criteri generali utilizzati per il personale ospedaliero.
5. I contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato prevista nei commi precedenti, dovranno rappresentare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità di struttura ed incarichi professionali dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.
6. L'importo del trattamento economico per l'attività assistenziale viene definito dall'Azienda direttamente ai professori di ruolo e ai ricercatori secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quelli previsti al medesimo scopo dai contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza del SSN, così come previsto dall'art 6, comma 2, del D.Lgs. 517/99, e sono adeguati in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi stessi.

Articolo 45 – La libera professione intramuraria

1. Ai sensi di quanto disciplinato dalla Legge 8.11.2012, n. 189 per attività libero-professionale si intende l'attività che il personale medico e le altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario esercitano al di fuori dell'orario di lavoro, in regime ambulatoriale o di ricovero,

in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri economici a completo carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi (art. 17 della Legge n. 662/96).

2. L'attività libero-professionale è disciplinata da specifico regolamento, adottato dal Direttore Generale ed aggiornato in osservanza del DCA 25 del 24/1/2020 e della DRGC 46 dell'8/2/2022.

Articolo 46 – Clima e benessere organizzativo

1. L'Azienda si impegna a realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la realizzazione di un contesto lavorativo che contribuisca al miglioramento della qualità dell'attività lavorativa e delle prestazioni. Il benessere fisico e psicologico delle persone rappresenta un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.
2. L'Azienda è consapevole che, ai fini dello sviluppo e dell'efficienza delle attività svolte, le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia - oltre che la sicurezza - degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza.
3. Lo sviluppo di strumenti che favoriscano un clima e il benessere organizzativo aziendale sono funzionali alla possibilità di offrire agli operatori contesti lavorativi e organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.
4. Ciò è necessario ed indispensabile per:
 - valorizzare le risorse umane;
 - aumentare la motivazione dei dipendenti;
 - migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'Azienda;
 - accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria Azienda;
 - migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
 - diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
 - prevenire rischi psico-sociali.

Articolo 47 – Formazione continua

1. La formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dall'Azienda, come metodo permanente, quale strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante aggiornamento delle competenze, per la realizzazione delle finalità istituzionali e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.
2. La formazione e l'aggiornamento professionale sono considerati dall'Azienda quale strumento propedeutico alla trasmissione di valori, di norme comportamentali e di

innovazione, indispensabili per le politiche di gestione delle risorse umane, oltre che acquisizione di saperi, sviluppo di abilità e competenze relazionali,

3. La formazione degli operatori:
 - rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate;
 - persegue la concreta integrazione tra gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi;
 - orienta e integra le singole professionalità su progetti e risultati comuni in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione dell'Azienda;
 - deve essere ampia e diversificata sia nelle metodologie che negli strumenti formativi per garantire percorsi di apprendimento coerenti ai bisogni dei partecipanti e trasferibili al contesto operativo di riferimento.
4. L'Azienda elabora un piano formativo annuale, con informativa alle OO.SS., costituito dalle attività pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali, secondo le norme contrattuali e quanto disposto dall'accordo Stato - Regioni e Province autonome e comunque entro i limiti di spesa previsti dalla legislazione vigente.
5. L'Azienda nel presente Atto prevede per tale funzione una unità operativa dedicata con una idonea struttura organizzativa.

Articolo 48 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

1. L'Azienda adempie agli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, mettendo in atto tutte le misure ritenute più opportune atte a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti, dei volontari e dei pazienti.
2. L'Azienda si pone quale obiettivo strategico quello di promuovere tutte le azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di risultati complessivi di salute che garantiscano un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i.
3. In tal senso, l'Azienda assicura che il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale e le attività di Sorveglianza Sanitaria abbiano:
 - l'organizzazione e le risorse umane quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi istituzionali;
 - la presenza e le competenze multidisciplinari per realizzare la adeguata gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in grado di conseguire gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Articolo 49 – Il patrimonio

1. L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha in dotazione un patrimonio immobiliare e mobiliare particolarmente rilevante. La storia prestigiosa del "San Giovanni di Dio", il primo dei due Ospedali riuniti, nacque nel 1183 nel fulgore della Scuola Medica Salernitana. Nel 1921,

presso la nuova sede, si "riunì" con l'altro ospedale fondato dal Comune di Salerno nel 1873 grazie al cospicuo lascito del marchese Giovanni Ruggi d'Aragona, costituito anche da numerosi immobili. Con l'acquisizione degli altri Presidi Ospedalieri, avvenuta nel 2011, il patrimonio si è arricchito di ulteriori proprietà immobiliari e dalla data del successivo DCA 31/2013 tali beni rappresentano il patrimonio della costituita Azienda Ospedaliero Universitaria.

2. L'Azienda ha, oltre ai beni mobili e immobili già destinati all'attività di assistenza con vincolo di destinazione, un ampio patrimonio immobiliare, in parte locato, che richiede periodica attività di manutenzione ordinaria e straordinaria. La gestione del patrimonio aziendale è assegnata alla UOC Patrimonio in staff alla Direzione Amministrativa, ad esclusione delle apparecchiature elettromedicali che vengono gestite dalla UOC Ingegneria Clinica. L'Azienda dispone anche di apparecchiature e attrezzature concesse in comodato o di proprietà dell'Università di Salerno e assegnate all'attività didattico-assistenziale la cui gestione è disciplinata da apposito regolamento.

Articolo 50 – Il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente ed al fine di un effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione della dirigenza, informa la propria organizzazione sulla base della distinzione tra:
 - attività di indirizzo, programmazione e controllo, esercitata dal Direttore Generale con la collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
 - attività gestionale, esercitata secondo gli incarichi di struttura ed i livelli di responsabilità assegnate alla Dirigenza sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale.
2. Costituisce compito della Dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla direzione aziendale e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali.
3. Spetta in particolare ai Dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:
 - a. direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture, professionali o funzionali, e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
 - b. responsabilizzazione del personale per il raggiungimento dei risultati e adozione degli atti di organizzazione e gestione del personale in linea con i rispettivi livelli di inquadramento o posizione funzionale;
 - c. predisposizione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento dei diritti degli utenti;
 - d. controllo delle attività svolte presso la U.O., ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
 - e. partecipazione alle procedure informative, nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.
4. Al fine di realizzare compiutamente il Sistema integrato della programmazione, controllo e valutazione, l'Azienda, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- a. garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile: Collegio Sindacale);
 - b. verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione) dei vari livelli organizzativi aziendali;
 - c. valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale e di comparto (valutazione della performance individuale);
 - d. 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).
5. La progettazione d'insieme dei controlli interni rispetta i seguenti principi generali:
- a. l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo. Essa è pertanto svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo;
 - b. il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto ai punti precedenti, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Generale;
 - c. la Direzione Generale contribuisce a svolgere l'attività di valutazione dei dirigenti Direttori di Dipartimento e dei Dirigenti dello staff strategico e sanitario, non inseriti in ambito dipartimentale;
 - d. l'attività di valutazione dei Dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diverse da quelle cui è demandato il controllo di gestione medesimo.
6. Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta esclusivamente agli organi di vertice dell'amministrazione, ad eccezione dei report periodici relativi all'andamento della gestione delle varie strutture aziendali.

Articolo 51 - La pianificazione strategica

1. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dell'Organo di Indirizzo ed eventualmente dei responsabili delle competenti strutture organizzative, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto e l'assetto organizzativo.
2. La Direzione aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite il processo di programmazione annuale che orienta e vincola tutti i soggetti produttori sanitari che afferiscono all'Azienda, siano essi interni o esterni, pubblici o privati. La Direzione aziendale assolve in tal modo alla propria funzione di committenza, presiedendo alla negoziazione. In particolare, la committenza ha relazione con le funzioni di programmazione e di indirizzo politico-amministrativo, si esplica nella definizione dei servizi necessari per rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute della popolazione e di integrazione tra le attività di didattica, ricerca ed assistenza. Si sviluppa con l'esercizio di più funzioni, quali:

- definire le priorità e assicurare coerenza e compatibilità economica tra gli obiettivi assegnati all'Azienda e piano delle attività aziendali;
 - definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini;
 - adottare efficaci sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti degli erogatori interni ed esterni, anche a garanzia della qualità delle prestazioni erogate;
 - orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni, pubblici e privati.
3. La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale, ovvero al Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, affiancati a tal fine dai direttori dei DAI. In base alle risorse affidate, al programma delle attività e degli obiettivi assegnati, le direzioni dei dipartimenti individuano una proposta programmatica di produzione. Sono pertanto deputate a decidere sul come produrre ovvero a definire le modalità tecnico organizzative per garantire la qualità tramite la responsabilità del governo amministrativo, clinico e di quello economico.
4. Costituiscono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, i piani ed i programmi pluriennali di investimento, le modifiche all'atto aziendale per quanto riguarda gli assetti organizzativi. Gli atti di pianificazione strategica sono inviati all'Organo di Indirizzo per la verifica delle congruità di competenza. Il parere su tali atti si intende favorevole se non espresso in senso contrario entro 30 giorni dalla data di ricevimento. Gli atti di pianificazione strategica sono oggetto di informativa alle OO.SS..
5. Il **PIAO (piano Integrato di Attività e organizzazione)** rappresenta il piano strategico dell'Azienda, ed è un atto di programmazione triennale mediante il quale l'Azienda programma, nei limiti delle risorse disponibili, l'attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale e della programmazione dell'Ateneo di Salerno con riferimento al Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana" al fine del raggiungimento degli obiettivi da essi esposti con particolare riferimento alla programmazione economica, del personale e degli investimenti. Il Piano è articolato per ciascun DAI.
6. L'Azienda adotta gli strumenti, previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale, affinché vengano implementati in modo efficace il monitoraggio ed il miglioramento delle proprie performance e costituiscano uno stimolo per implementare i processi di aziendalizzazione.
7. L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV):
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, istituita ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 150/2009;
 - monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione;
 - garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione;
 - esercita un'attività di impulso nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione.

8. La Struttura tecnica permanente per la misurazione delle performance fornisce supporto all'OIV e funge da "interfaccia tecnica" tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.
9. Gli strumenti adottati dall'Azienda sono:
 - Ciclo di gestione della performance, che costituisce una previsione delle caratteristiche dei principali strumenti di programmazione e valutazione dell'amministrazione.
 - Sistema di misurazione e valutazione della performance, che pone come obiettivo la valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'Azienda.
 - Piano della performance, che si sostanzia in una programmazione triennale degli obiettivi strategici dell'amministrazione.
 - Relazione sulla performance, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti.
10. L'Azienda, conformemente a quanto indicato nel D.Lgs. del 27 ottobre 2009, n. 150, adotta uno o più dei seguenti strumenti per la misurazione della performance a livello organizzativo la Balanced Scorecard, quale strumento coerente di misurazione e controllo strategico caratterizzato da un forte legame sia tra risultati, processi e risorse, nonché tra obiettivi, indicatori ed azioni.
11. Il ciclo della Performance, ai sensi di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 150/09, è il sistema integrato di programmazione, controllo e valutazione si inserisce all'interno di un ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:
 - a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
 - b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse;
 - c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
 - d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
 - e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione di merito;
 - f. 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.

Articolo 52 - Il sistema di programmazione e controllo

1. Il sistema di programmazione e controllo costituisce il metodo di definizione, esplicitazione e controllo degli obiettivi e delle risorse assegnate alle varie articolazioni organizzative aziendali. Gli obiettivi sono di natura economica, organizzativa, di produzione, di sviluppo tecnico-professionale o scientifico. Le risorse dedicate al perseguimento degli obiettivi e a tal fine assegnate sono risorse umane, tecniche, economiche, organizzative.
2. Il sistema di programmazione e controllo costituisce:
 - la preconditione organizzativa e il quadro di riferimento per il pieno dispiego dell'autonomia dei professionisti e dei dirigenti nello svolgimento delle proprie attività;
 - uno strumento centrale per il governo delle attività aziendali, capace di ricondurre a unità e coerenza le attività svolte dalle varie articolazioni organizzative e, al

contempo, di permettere una verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e dell'uso efficace delle risorse impiegate.

3. Il processo di programmazione e controllo, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori e dei soggetti attivi nel governo, è attivato dall'Azienda attraverso i seguenti strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale:
 - a. il **programma annuale delle attività (Direttiva del Direttore Generale)** attraverso il quale l'Azienda adegua ed attualizza gli obiettivi contenuti nel piano attuativo aziendale.
 - b. il **budget aziendale**.

Articolo 53 - La Direttiva annuale del Direttore Generale

1. La Direttiva del Direttore Generale è un documento programmatico generale nel quale sono illustrate le linee di sviluppo dell'anno successivo dell'Azienda in coerenza con quanto previsto dal PIAO.
2. Il Collegio di Direzione fornisce al Direttore Generale gli elementi per l'elaborazione della Direttiva annuale.
3. La Direttiva identifica i principali risultati da realizzare e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, indicando progetti speciali e scadenze intermedie, nel rispetto della compatibilità economica e finanziaria aziendale.
4. Al fine di cogliere in una visione integrata la complessità che caratterizza le strategie, i programmi e l'organizzazione aziendale, la Direttiva individua gli obiettivi strategici aziendali per le seguenti prospettive delineate dal "balanced scorecard":
 - prospettiva economico-finanziaria;
 - prospettiva dei processi interni aziendali;
 - prospettiva del cliente/utente;
 - prospettiva dell'apprendimento, della crescita e della ricerca scientifica;
 - prospettiva della trasparenza e anticorruzione.
5. La Direttiva annuale del Direttore Generale costituisce una apposita sezione del "PIAO", di validità triennale, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Articolo 54 - Il Budget

1. La gestione del budget si caratterizza per il processo di amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai DAI, allo staff della Direzione Generale, della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione.
2. Il Direttore Generale, coadiuvato dall'intera direzione strategica, sulla base delle indicazioni programmatiche generali e delle linee indicate dall'Organo d'Indirizzo, definisce le linee

d'equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.

3. Successivamente, ogni Direttore di Dipartimento nell'ambito del Comitato di Dipartimento, attribuisce alle singole strutture complesse e semplici dipartimentali gli obiettivi di budget negoziati con il Direttore Generale. I responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali hanno il compito di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Il Direttore di Dipartimento tramette il verbale di ratifica degli obiettivi assegnati alle singole strutture al Controllo di Gestione per il monitoraggio periodico degli obiettivi.
4. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati. Il budget, in particolare, è costituito dall'insieme di documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare. Il budget è distinto in:
 - budget generale che, riferito all'intera Azienda, rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati consuntivi;
 - budget funzionali che, riferiti alle strutture che erogano assistenza e servizi, rappresentano lo strumento per definire e concordare in via preventiva i volumi di attività e i costi relativi ed altri obiettivi di carattere qualitativo.
5. Il Direttore Generale individua, ai sensi del vigente Protocollo d'Intesa, nei Dipartimenti ad attività integrata i centri di responsabilità cui corrispondono specifici budget e ne individua i responsabili nei Direttori. Il responsabile di ciascun budget determina l'impiego delle risorse e risponde, ai fini della determinazione delle indennità di risultato ed in termini di incentivazione, dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con il Direttore Generale.
6. E' compito del Direttore del Dipartimento articolare il budget funzionale del Dipartimento tra le strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale di afferenza con relativo decentramento delle responsabilità ai Direttori delle Unità Operative Complesse e ai Responsabili delle Unità Operative semplici a valenza dipartimentale.

Articolo 55 - I sistemi di controllo e valutazione

1. L'Azienda attribuisce particolare importanza alla valutazione e controllo delle risorse impiegate (umane, economiche e finanziarie) e dei servizi offerti. Fermo restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa a enti ed organismi esterni, si individuano, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 30/07/1999 n. 286, le seguenti quattro forme di controllo:
 - a. **controllo di regolarità amministrativa e contabile**; ad esso provvede il Collegio Sindacale ex art. 3-ter del D.Lgs. n. 229/99 ed art. 4 del D.Lgs. n. 517/1999, ivi compresi quelli di cui all'art. 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e, nell'ambito

- delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze e quelli con competenze di carattere generale.
- b. **controllo di gestione**; la verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e dell'utilizzo delle risorse è affidata ad apposita struttura interna di Controllo di Gestione dello staff della Direzione Amministrativa. La funzione di controllo di gestione serve a garantire il costante supporto ai soggetti valutatori nelle fasi del sistema di valutazione dei dirigenti e a consentire ai responsabili di struttura, nella loro attività gestionale, di ricevere i corrispondenti report periodici;
 - c. **valutazione e controllo strategico**; la valutazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico è affidata alla Direzione aziendale. Lo staff della UOC Controllo di Gestione supporta costantemente la direzione per interpretare la coerenza tra le scelte strategiche effettuate ed i risultati della gestione operativa, con particolare riguardo alla qualità erogata dei servizi ed alla rispondenza rispetto ai bisogni degli utenti.
 - d. **valutazione del personale**. La valutazione del personale rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria. Essa è affidata ai dirigenti responsabili di struttura ed alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai Collegi Tecnici (CT). L'Azienda valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti di lavoro, le prestazioni ed i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative in coerenza con l'incarico di posizione ricoperto e le potenzialità individuali dei singoli dirigenti.
2. L'Azienda, allo scopo di implementare il sistema dei controlli sopra delineato, si dota di strumenti adeguati a:
- valutare le prestazioni del personale (valutazione della performance individuale);
 - verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, con il supporto della UOC Controllo di Gestione, il rapporto tra costi e risultati, valutando gli obiettivi gestionali conseguiti dai direttori di struttura sia nel corso dell'anno, in occasione di verifiche periodiche infrannuali al fine di adottare tempestivi interventi di correzione, sia in sede di valutazione annuale ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
 - verificare i risultati conseguiti nella realizzazione di programmi o progetti cui sono connesse le componenti retributive relative alla produttività, da definire in sede di contrattazione decentrata, ai fini dell'erogazione di tali compensi (controllo dei risultati gestionali);
 - verificare il livello di condivisione degli obiettivi;
 - valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi e altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (controllo strategico);
 - garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile).

Articolo 55.1 – Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

1. La regolarità amministrativo-contabile costituisce il fondamento di tutto il sistema di Programmazione e Controllo quale verifica della correttezza ed affidabilità di procedure ed atti.

2. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.
3. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

Articolo 55.2 - Il controllo di gestione

1. Il controllo di gestione è diretto a verificare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa di tutte le unità organizzative individuate dalla direzione generale come centri di responsabilità. Le verifiche del controllo di gestione sono finalizzate a:
 - a. ottimizzare il rapporto tra costi sostenuti e risultati conseguiti (prodotti/servizi) delle unità organizzative individuate come Centro di Responsabilità; rendendo disponibili le informazioni necessarie alla Direzione Strategica per effettuare il controllo;
 - b. fornire dati e risultati all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) finalizzati alla validazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione dei dirigenti) ed alla validazione dell'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi ed altre determinazioni della direzione strategica, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico);
 - c. Supportare la funzione dirigenziale di cui all'art. 16, comma 1, del D.Lgs. n. 165/01 e sue successive modificazioni.
2. L'Azienda basa i processi organizzativi propri del controllo di gestione, attuando in particolare le seguenti macro-fasi:
 - definizione degli standard prestazionali di ciascuna struttura;
 - negoziazione degli obiettivi e delle risorse;
 - consuntivazione dei risultati e alimentazione delle banche dati;
 - progettazione, implementazione e gestione del sistema di reporting finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo); costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
 - progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità secondo le esigenze della Direzione strategica;
 - progettazione e sviluppo di specifici modelli di rilevazione ed analisi dei dati gestionali di periodo, anche infrannuale, almeno trimestrale all'atto delle rilevazioni del Conto Economico (CE);
 - analisi degli scostamenti ed azioni correttive.
3. Gli strumenti operativi del controllo di gestione sono:
 - a. il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) che rappresenta un testo unico della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico dell'Azienda e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo;
 - b. il sistema dei budget dei Centri di Responsabilità (master budget);

- c. il sistema organizzativo aziendale articolato nelle unità organizzative configurabili come centri di responsabilità e come centri di costo;
 - d. la contabilità analitica per centri di costo e la definizione delle modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e raffronto con gli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
 - e. l'individuazione degli indicatori specifici di efficacia, efficienza ed economicità;
 - f. il sistema di reporting;
 - g. la relazione annuale consuntiva sulla performance.
4. La funzione è assegnata alla UOC Programmazione e Controllo di Gestione all'interno della quale è presente la Struttura Permanente per la Misurazione della Performance.

Articolo 55.3 – Il controllo dei risultati di gestione ed il controllo strategico

1. L'Azienda, per il controllo dei risultati di gestione, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 165/2001 e dell'art. 4 del D.Lgs. n. 286/99, definisce:
 - le strutture responsabili della progettazione e della gestione del controllo stesso;
 - gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
 - le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
 - le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti.
2. L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle azioni contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico.
3. L'attività di valutazione consiste in:
 - a. analisi preventiva di congruenza tra missioni affidate ed obiettivi prescelti;
 - b. analisi preventiva di congruenza tra obiettivi e risorse assegnate;
 - c. analisi degli eventuali scostamenti tra obiettivi predefiniti e risultati conseguiti;
 - d. analisi successiva di congruenza tra obiettivi predefiniti e scelte operative effettuate;
 - e. identificazione dei fattori ostativi;
 - f. individuazione delle cause che li hanno determinati;
 - g. individuazione delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione;
 - h. individuazione dei possibili rimedi.
4. I soggetti investiti della funzione di controllo di gestione, di controllo strategico, della valutazione dei risultati gestionali e della valutazione del personale, riferiscono, almeno trimestralmente, con apposite relazioni e report, sulle risultanze delle analisi effettuate alla Direzione aziendale.

Articolo 55.4 – La valutazione del personale

1. L'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente di tutto il personale con le finalità e gli scopi definiti dalle norme e dai contratti di lavoro.

2. La valutazione del personale dipendente, dirigenza e comparto, è un principio ispiratore fondamentale nell'ambito dei rapporti aziendali.
3. Oggetto della valutazione sono gli aspetti gestionali organizzativi e professionali connessi alle attività assistenziali.
4. Gli effetti della valutazione sono quelli previsti dalle norme e dai contratti di lavoro ed i provvedimenti conseguenti sono assunti dal Direttore Generale. Laddove i provvedimenti riguardano il personale docente la valutazione della Dirigenza viene effettuata ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 517/99, del Titolo V del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, del Capo IV (verifica e valutazione dei dirigenti) del CCNL della Dirigenza Medica, dell'art. 5 del D.Lgs. n. 286/99.
5. La valutazione in generale del personale viene effettuata ai sensi dell'art. 20 e 21 del D.Lgs. n. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni e dal CCNL del Comparto e del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera della CIVIT n. 89/2010, anche con metodologie bottom-up.
6. L'Azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza con quanto stabilito al riguardo dai CCNLL, le prestazioni dei propri dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate (competenze organizzative). La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente conto anche dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione.
7. I criteri e le modalità generali del sistema valutativo del personale dipendente sono contenuti nell'apposito regolamento.

Articolo 56 - I principi generali del governo aziendale

1. Il concetto di Azienda e i fabbisogni ad essa collegati orientano l'attività di gestione; in particolare, l'Azienda:
 - è concepita come sistema unitario;
 - definisce di prioritaria importanza un'efficace gestione delle proprie risorse, e pertanto intende promuovere la formazione e la partecipazione degli operatori ai processi aziendali;
 - orienta la sua programmazione, la sua gestione e l'erogazione dei suoi servizi all'utenza, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità;
 - si dota di adeguate infrastrutture organizzative per realizzare la sua missione, favorendo un'organizzazione per processi orientata ai fruitori e ai risultati;
 - riconosce l'importanza di realizzare le sue finalità istituzionali mediante una gestione attenta dell'impiego delle risorse;
 - si avvale, aderendo ai principi della business intelligence, di un sistema informativo e statistico unitario, idoneo alla rilevazione di grandezze quali-quantitative di diverso carattere, basato su banche dati contenenti informazioni integrabili e su un unico datawarehouse e sulla predisposizione periodica di report, prospetti e analisi, ed organizzato in modo da costituire una struttura di servizio per tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, nonché per l'assolvimento del debito informativo esterno.

2. Il governo aziendale si esprime attraverso la distinzione delle funzioni di committenza e produzione e si manifesta attraverso il governo economico e clinico.

Articolo 57 - Le dimensioni del governo aziendale: produzione e committenza

1. I principi generali che connotano l'organizzazione aziendale trovano concreta applicazione nell'ambito delle due dimensioni di governo delle attività: la committenza e la produzione.
2. **Committenza** è la funzione, di valenza strategica, destinata alla valutazione dei bisogni di salute, all'interpretazione della domanda, all'analisi della congruenza domanda-offerta, alla valutazione della qualità dei servizi prodotti e acquisiti all'esterno.
3. **Produzione/erogazione** è la funzione interna mediante la quale viene assicurato il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la direzione aziendale, in termini di erogazione/produzione di prestazioni e di servizi interni: DAI, UU.OO. complesse e semplici, centri interdipartimentali, centri di riferimento regionali, ecc. Viene affidata al Direttore Medico di Presidio ed ai Direttori di Dipartimento e da questi ultimi ai Direttori di strutture complesse e semplici, oltre che ai Direttori e dirigenti delle varie UU.OO. coinvolte nell'organizzazione dell'Azienda.
4. Le modalità di svolgimento delle attività dell'Azienda ed il suo modello organizzativo si ispirano al principio della integrazione fra le funzioni della committenza e della produzione.

Articolo 58 - Il governo clinico

1. Il governo clinico è l'ambito nel quale singoli professionisti, operatori sanitari, l'organizzazione stessa, erogano prestazioni sanitarie, assicurando livelli assistenziali (LEA) controllati e costanti, nell'ottica della garanzia della qualità ed individuando sempre più elevati standard operativi.
2. L'Azienda, attraverso gli strumenti propri del governo clinico, intende perseguire un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che l'intero sistema assistenziale nel suo insieme sia orientato verso questo obiettivo.
3. Finalità primaria del governo clinico è far sì che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate, venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano.
4. Gli elementi costitutivi di un sistema di governo clinico sono indicativamente i seguenti:
 - a. orientamento delle azioni degli operatori sanitari e dei pazienti verso obiettivi di **efficacia e appropriatezza**, mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale. Le **linee-guida** cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di

- definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, che quello attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità della assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere;
- b. **audit clinico:** sono le azioni con cui gli operatori sanitari revisionano le performance dell'assistenza fornita rispetto a uno standard definito; è utile per aumentare il grado di conoscenza del proprio operato e favorire un confronto tra pari;
 - c. **formazione permanente;**
 - d. **gestione del rischio** intesa come strumento per prevenire rischi o incidenti che possono verificarsi nell'esecuzione di pratiche sanitarie e per informare correttamente pazienti ed operatori, anche al fine di prevenire il contenzioso e riduzione degli oneri assicurativi;
 - e. **trasparenza e verificabilità dei risultati** raggiunti.
5. L'assetto organizzativo dell'Azienda, definito come dipartimentale, costituisce un ambiente idoneo al governo clinico, da integrare con le funzioni di didattica e ricerca, poiché indica l'assistenza integrata e multidisciplinare come uno stabile coordinamento tra i responsabili delle UU.OO.. Afferma il principio di un approccio assistenziale centrato sull'utente e sul percorso diagnostico-terapeutico e non su singoli momenti assistenziali, anche attraverso l'elaborazione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Questi, al fine di garantire il coordinamento e la continuità delle cure dal livello di assistenza ospedaliero a quello territoriale assicurando la presa in carico globale del paziente, saranno anche integrati con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento. La responsabilità del governo clinico è di ogni livello organizzativo e professionale. La Direzione sanitaria assume il ruolo di orientamento tecnico e metodologico e coordinamento generale del governo clinico aziendale.
6. Alla Direzione strategica spetta il compito di verificare, a livello aziendale, l'applicazione del miglioramento e del raggiungimento dell'efficacia delle prestazioni, con particolare riferimento alla qualità e all'appropriatezza delle stesse. L'Azienda, inoltre, sviluppa ed implementa il Sistema Qualità Aziendale, quale metodo ordinario di programmazione e gestione.
7. Sono impegni dell'Azienda quindi:
- la definizione di una politica per la qualità;
 - il presidio costante della funzione qualità;
 - la realizzazione di un programma annuale per la Formazione orientata alla qualità;
 - l'individuazione di gruppi di miglioramento qualità operanti su criticità prioritarie;
 - lo sviluppo del sistema informativo orientato alla qualità;
 - l'orientamento del management per problemi, processi, obiettivi e risultati;
 - la partecipazione ad un valido sistema di accreditamento orientato all'eccellenza;
 - la gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori;
 - la promozione di azioni professionali ed organizzative di audit ed auto- valutazione.

Articolo 59 - Il governo economico-finanziario

1. L'Azienda si impegna a garantire i livelli di assistenza sanitaria programmati sia in termini di servizi ed attività, che in termini di impiego efficiente delle risorse economiche.

2. Il governo economico finanziario garantisce il rispetto dei criteri economici e finanziari posti all'Azienda. La sua funzione risulta essenziale all'interno del processo di programmazione e controllo per la correlazione tra risorse disponibili e risultati di attività.
3. Il governo economico-finanziario utilizza come strumenti indispensabili:
 - la contabilità generale e la contabilità analitica;
 - il sistema di budgeting e di reporting;
 - il bilancio economico preventivo;
 - il bilancio d'esercizio.
4. L'introduzione di strumenti innovati di gestione è motivata da esigenze di ridefinizione dei criteri di valutazione e rendicontazione delle performance dell'Azienda, volendo perseguire come obiettivo prioritario il riposizionamento al centro dei processi aziendali:
 - dell'efficacia delle cure;
 - dell'appropriatezza delle prestazioni;
 - della qualità dei servizi erogati;
 - dell'integrazione tra le dimensioni dell'assistenza, della didattica e della ricerca.
5. Nella rendicontazione aziendale deve essere posta particolare attenzione ai seguenti temi strategici di più alto livello:
 - a. il costo delle prestazioni (programmazione e controllo di gestione);
 - b. il valore creato, inteso come benefici per gli stakeholders di riferimento;
 - c. il contributo al sistema istituzionale di riferimento.
6. Rientra nelle funzioni del governo economico:
 - emanare direttive volte alla piena applicazione della contabilità economico-patrimoniale, all'individuazione di criteri uniformi relativi alle rilevazioni dei dati contabili ed alla struttura del bilancio d'esercizio;
 - garantire omogeneità e controllabilità degli atti di gestione;
 - individuare come centri di responsabilità, oltre ai Dipartimenti ad Attività Integrata, anche altre articolazioni organizzative afferenti ad aree di attività che richiedono unitarietà di organizzazione e coordinamento gestionale.
7. La contabilità generale e la contabilità analitica sono i principali strumenti di rappresentazione del complessivo andamento economico della gestione.
8. Il Direttore Generale individua nel Direttore del **DAI** il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati. Sono definiti Centri di rilevazione dei costi le articolazioni organizzative - individuate al solo fine della rilevazione e dello svolgimento delle attività ed il connesso assorbimento di risorse - sotto ordinate rispetto ai centri di responsabilità e connotate da caratteristiche organizzative, funzionali e produttive omogenee. Il Direttore Generale, con proprio provvedimento, definisce l'elenco dei centri di rilevazione dei costi che devono far capo a ciascun centro di responsabilità.
9. L'azione di monitoraggio degli accadimenti economici e produttivi dell'Azienda deve avvalersi di un affidabile sistema di rilevazione informatica che permette di prevedere e verificare le condizioni di economicità della gestione e cioè la sostenibilità economica nel tempo delle attività aziendali.

10. Fra i principi di riferimento per una corretta gestione contabile si annoverano:
 - Rispettare oltre l'equilibrio economico tra ricavi e costi, anche quello finanziario fra entrate ed uscite;
 - l'impegno ad eliminare duplicazioni o ridondanze strutturali e organizzative;
 - dimensionare la propria capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile;
 - valutare la congruenza fra risultati ottenuti e gli obiettivi predefiniti.
11. Nell'ambito del regolamento di amministrazione e contabilità sono previste specifiche disposizioni "programmazione e controllo" per il governo economico finanziario dell'Azienda, che definisca principi, funzioni e strumenti.
12. La Direzione Amministrativa assume il ruolo di orientamento tecnico-metodologico e coordinamento generale del governo economico-finanziario.

Articolo 60 – Procedure contabili

1. L'Azienda ha adottato, con il regolamento di amministrazione e contabilità, particolari procedure gestionali e contabili volte ad assicurare l'efficacia delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria ed altresì un correlato puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa a conforto della piena operatività delle azioni e del perseguimento degli obiettivi connessi.
2. Il regolamento di amministrazione e contabilità prevede i processi relativi agli standard organizzativi, contabili e procedurali, schematizzati per cicli contabili e aree di bilancio.
3. Il predetto regolamento prevede l'adozione di idonee modalità procedurali ed operative che assicurino il rispetto pieno e puntuale di ogni aspetto e/o adempimento comunque prescritto e/o previsto nelle normative vigenti in materia con particolare riferimento al D.Lgs. n. 118/2011.
4. Le regole di organizzazione dell'attività gestionale previste dal regolamento di amministrazione e contabilità si ispirano ai principi di trasparenza, efficienza ed efficacia dei processi produttivi aziendali.
5. La predisposizione e gli aggiornamenti del regolamento di amministrazione e contabilità dovranno essere sempre accompagnati da un processo di revisione delle funzioni contabili, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati anche finalizzati ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.
6. Il Regolamento di amministrazione e contabilità enuncia il modello di governance adottato curando la descrizione dell'organizzazione in maniera tale che siano evidenti i processi aziendali e le attività svolte. In particolare esso descrive puntualmente la Programmazione aziendale, la Gestione aziendale, la Rendicontazione aziendale ed il modello di controllo.
7. L'Azienda adotta il piano dei conti regionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 14/02/2011 e successive modificazioni ed integrazioni, procedendo laddove

necessario ad una ulteriore sotto articolazione al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta dei dati di bilancio.

8. L'Azienda approva il Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, il Piano dei Fattori Produttivi e le Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica, atti a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale in conformità alle linee guida regionali.
9. La contabilità analitica dovrà rilevare il livello dei costi e dei proventi per ciascun centro di responsabilità sia a direzione ospedaliera che a direzione universitaria con la determinazione della quota di risultato di gestione complessivo.
10. Il bilancio d'esercizio aziendale è redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Direttore Generale. Il bilancio di esercizio ed il bilancio preventivo economico annuale vengono redatti secondo gli appositi schemi previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni al fine di conferire struttura uniforme alle voci del bilancio.
11. L'Azienda nel corso del 2022 ha adottato il sistema contabile regionale SIAC, in linea con le altre Aziende Sanitarie campane ed ha in atto, secondo gli indirizzi ed i provvedimenti regionali, il "Percorso Attuativo della Certificabilità" finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci. A tal fine l'Azienda promuove e garantisce gli standard organizzativi, contabili e procedurali contenenti i seguenti requisiti generali:
 - Prevenire ed identificare eventuali comportamenti non conformi a leggi e regolamenti che abbiano impatto significativo in bilancio, attraverso, ad esempio, il monitoraggio degli obblighi previsti dalla legge, l'accertamento che le procedure operative siano sviluppate in maniera tale da tener conto di tali obblighi, la raccolta e la divulgazione delle leggi e regolamenti la cui mancata attuazione può generare impatti in bilancio;
 - Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati;
 - Disporre di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale dei dati contabili e di formazione delle voci di bilancio;
 - Analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità;
 - Monitorare le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti della Regione e del Collegio Sindacale.

Articolo 61 - Le modalità di esercizio del governo aziendale: la delega

1. I principi richiamati del governo aziendale si traducono, per quanto possibile e opportuno, nell'attribuzione di poteri ed obiettivi definiti, affinché gli assegnatari possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e, al contempo, sia possibile procedere ad una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione. In particolare, l'Azienda disciplina con appositi atti l'articolazione dei poteri e delle responsabilità dei dirigenti.
2. Alla luce di queste considerazioni, si dovrà procedere:

- al rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, sulla base dei vincoli di bilancio e delle norme vigenti;
 - alla semplificazione dell'azione amministrativa, rendendo in tal modo celere e agevole l'azione amministrativa;
 - all'informatizzazione dell'azione gestionale ed amministrativa, al fine di garantire da un lato snellezza e produttività e dall'altro assicurare trasparenza, facilitando l'attivazione degli adeguati meccanismi di controllo.
3. Gli atti di gestione proposti dai vari dirigenti sono disciplinati dalle norme proprie dell'atto amministrativo, improntati alla massima trasparenza e semplificazione nonché, se prodotti da delegati, al controllo interno al fine di verificarne la rispondenza ai criteri della delega e soggetti a pubblicazione tramite affissione all'albo aziendale.
4. Il governo aziendale, ai fini della direzione di strutture organizzative, trova nello strumento della delega un elemento importante della gestione improntata al decentramento dei poteri nei luoghi più vicini a quelli di produzione e, quindi, agli utenti. Per poter essere legittimamente esercitata, essa deve essere conferita nei modi e nelle forme necessarie, con atto nominativo, opportunamente motivata, caratterizzata dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti; inoltre può essere conferita unitamente ad un mandato e ritirata, con le stesse forme del conferimento, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.
5. Il Direttore Generale può operare, delegando funzioni di gestione di sua competenza, ai vari livelli della dirigenza aziendale con specifici atti. Sono funzioni delegabili esclusivamente le funzioni di gestione e quelle non specificamente indicate come funzioni di governo, che sono di esclusiva pertinenza del Direttore Generale. In tali atti, opportunamente motivati, sono individuati:
- i destinatari, i contenuti della delega, la durata temporale, i principi e i criteri che dovranno garantirne l'esercizio rispetto ad obiettivi prefissati e negoziati con gli interessati,
 - i controlli sull'esercizio, la valutazione dell'incarico con la previsione di revoca nei casi di inadempienza accertata.
6. Il Direttore Generale può disporre la revoca delle funzioni, con apposito atto motivato e pubblicato nell'albo, nel caso di mancato rispetto dei contenuti della delega stessa. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, con effetto esterno o interno all'Azienda, degli atti compiuti con la delega. Il principio chiave su cui si basano i meccanismi di delega è la responsabilizzazione dei vari protagonisti della gestione che poggia su quattro elementi essenziali:
- attribuzione di obiettivi,
 - autonomia e risorse disponibili,
 - misurazione dei risultati,
 - valutazione.

Articolo 62 – Acquisti di beni e servizi

1. L'Azienda, in osservanza delle disposizioni nazionali, con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione nella Legge 7 agosto 2012 n. 135, nonché delle disposizioni regionali, effettua, ove previsto, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione (SORESA).

2. L'Azienda disciplina, con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia e predisporre un regolamento. Favorisce modelli di gestione di acquisizione di beni e servizi anche attraverso l'apporto di terzi con forme anche di partenariato, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia, secondo gli istituti previsti dal D.Lgs. n. 50/2016.
3. L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del Codice Civile e alle leggi di diritto privato che regolano i contratti tra i soggetti giuridici, pubblici e privati fermo restando l'applicazione delle norme che disciplinano l'attività contrattuale dell'Azienda nell'ambito del diritto comunitario.
4. In conformità al principio giuridico della trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato l'Azienda riconosce il diritto di accesso agli atti ai fornitori che vi abbiano interesse, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa.
5. Nel regolamento aziendale disciplinante le regole e le procedure di contrattazione vengono ulteriormente definite le metodologie e le modalità di programmazione degli acquisti prevedendo tra l'altro il possibile ricorso a gare realizzate in forma consortile con le altre Aziende Sanitarie della Regione, anche in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia ed a gare espletate con modalità di e-procurement.
6. L'Azienda in data 11/10/2022 ha acquisito la certificazione di qualità per la "Progettazione e gestione delle gare di appalto e contratti per conto di aziende sanitarie o enti del Sistema Sanitario Nazionale" (Certificato n. 56556 CQY).

Articolo 63 – Programmazione, acquisti, gestione e manutenzione delle attrezzature

1. L'Azienda ritiene strategica l'attività di programmazione, acquisto, collaudo tecnico, gestione e manutenzione delle attrezzature, soprattutto biomediche e di alta specialità.
2. L'Azienda, in applicazione del Decreto Commissariale n. 18 del 18/2/2013, adotterà i seguenti documenti programmatici:
 - a. *Gestione delle attrezzature* - L'implementazione di una corretta gestione delle attrezzature, in particolare nel settore biomedico, è ritenuta fondamentale per una qualificata erogazione di servizi sanitari. Considerata la particolare criticità nell'utilizzo delle attrezzature, soprattutto quelle di alta specialità, durante tutto il processo di erogazione delle prestazioni sanitarie, l'Azienda adotta uno specifico percorso di gestione delle attrezzature con riferimento alle attività di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia nonché agli aspetti etici connessi al loro utilizzo.
 - b. *Programmazione degli acquisti di attrezzature* - L'Azienda adotta uno specifico documento di programmazione degli acquisti di attrezzature e dispositivi medici. Il documento tiene conto:
 - dell'evoluzione della tipologia dei servizi;
 - dell'obsolescenza delle attrezzature;
 - dell'adeguamento alle norme tecniche;

- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.
- c. *Censimento delle attrezzature* - L'Azienda adotta un inventario informatico di tutte le attrezzature biomediche in dotazione, sia di proprietà dell'Azienda che in comodato d'uso e di proprietà dell'Università degli Studi di Salerno, che viene periodicamente aggiornato per:
 - soddisfare gli obblighi di legge;
 - disporre di dati riassuntivi;
 - permettere la rintracciabilità;
 - fare analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole attrezzature biomediche.

Le informazioni sono raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzature, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.

- d. *Manutenzione delle attrezzature* - L'Azienda garantisce l'efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso attraverso la corretta manutenzione delle attrezzature. In particolare predispone il piano per la manutenzione delle apparecchiature che deve tenere conto:
 - delle indicazioni relative alla sicurezza;
 - delle indicazioni sulla manutenzione contenute nei manuali di servizio;
 - delle indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale deve essere articolato sulla base delle criticità delle apparecchiature e comprende: la manutenzione correttiva, la manutenzione preventiva ed i controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. La documentazione tecnica, relativa alla singola apparecchiatura, fornita al momento dell'acquisto a corredo dello strumento, è conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

3. Per alcune tipologie di attrezzature, se previsto, l'Azienda provvede alla elaborazione di un piano di un documento che ricomprende le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza al fine di garantire la loro idoneità d'uso.

Il piano di manutenzione, per le attrezzature biomediche, se richiesto dalla specifica tipologia, comprende le attività finalizzate a:

- identificare tutte le attrezzature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;

- assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
 - assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
 - evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicare il controllo funzionale e di sicurezza.
4. L'Azienda per tale funzione ha una Unità Operativa Complessa dedicata che fa capo ad una idonea struttura organizzativa.

Articolo 64 – Il sistema informativo e le nuove tecnologie dell'informazione

1. Il sistema informativo dell'Azienda è l'insieme:
 - delle informazioni prodotte, archiviate, trasformate, distribuite ed utilizzate a supporto dell'esecuzione dei processi aziendali;
 - delle modalità, dei criteri e delle regole con cui esse sono gestite;
 - delle risorse umane coinvolte e delle tecnologie informatiche e di telecomunicazione utilizzate.
2. L'Azienda è caratterizzata dalla presenza di processi clinici, amministrativi e di governo che sviluppano all'interno di cicli operativi tra loro collegati ed interdipendenti in termini organizzativi e di scambio di informazioni.
3. I principali cicli operativi aziendali possono essere così sintetizzati:
 - sanitario: pronto soccorso; del ricovero; delle sale operatorie;
 - territoriale: Centro Unico di prenotazione;
 - amministrativo: del lavoro; approvvigionamenti e logistica; immobilizzazioni; contabile e monetario; programmazione e controllo, cespiti.
4. Scopo del sistema informativo dell'Azienda è di raccogliere, in modo strutturato, in idonee banche dati, le informazioni relative a ciascuno dei sottosistemi in cui l'Azienda si caratterizza e rendere disponibili, in maniera tempestiva e affidabile, le informazioni richieste per ciascuno dei processi interessati.
5. L'Azienda è inoltre inserita all'interno di un circuito informativo nazionale e regionale caratterizzato almeno dai seguenti interlocutori istituzionali:
 - a livello nazionale – Ministero della Salute, Nuovo Sistema Informativo della Salute (NSIS); Ministero dell'Economia e delle Finanze, sistema Tessera Sanitaria, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, Sistema conoscitivo del personale (SICO), Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione, nuovo sistema integrato volto alla razionalizzazione del patrimonio informativo del Dipartimento e alla semplificazione della comunicazione (PERLA PA); Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT);
 - a livello regionale - Assessorato alla Sanità e Società Regionale per la Sanità (So.Re.Sa.).
6. Al fine di assolvere adeguatamente alle necessità informative aziendale e al debito informativo verso i livelli sovraordinati, nazionali e regionali, l'Azienda si impegna:

- a potenziare e riorganizzare i propri Sistemi informativi aziendali;
 - a promuovere, in linea con quanto disposto per le pubbliche amministrazioni dal nuovo Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. n. 235/2010) l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali per assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dei documenti e delle informazioni.
7. Nell'ambito della nuova pianificazione aziendale il processo di dematerializzazione, inteso quale complesso intervento di semplificazione dei processi, rappresenta un obiettivo strategico aziendale perché è finalizzato alla modernizzazione, efficienza e trasparenza dell'Azienda, al miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino. Il processo di dematerializzazione è finalizzato, altresì, alla riduzione della spesa pubblica in termini sia di risparmi diretti (carta, spazi) che di risparmi indiretti (tempo, efficienza ecc.).
8. L'Azienda, inoltre si impegna allo sviluppo, all'interno di un processo unitario di riprogettazione del servizio offerto, dei nuovi strumenti offerti dallo sviluppo tecnologico:
- rete intranet aziendale;
 - portale web;
 - utilizzo e diffusione della posta certificata;
 - utilizzo della firma digitale.

Articolo 65 - Conciliazione delle controversie civili e commerciali

1. Le attività di cui al D. Lgs. n. 28/2010, così come modificato ed integrato dal D. Lgs. 149/2022 - procedure di bonario componimento e/o di raffreddamento dei conflitti - sono gestite dalla U.O.C. Affari Legali.
2. La struttura gestisce inoltre tutte le ipotesi in cui è previsto il tentativo obbligatorio di conciliazione ai sensi dell'art. 8 della L. 8 marzo 2017, n. 24 in materia di responsabilità sanitaria, valutate le richieste stragiudiziali in concomitanza con i pareri medico-legali di riferimento, espressi in sede di "Comitato Valutazione Sinistri". All'esito del procedimento di conciliazione, laddove si sia pervenuti all'accordo, sarà cura della U.O.C. Affari Legali proporre idoneo atto deliberativo di presa d'atto dello stesso, ai fini della liquidazione dell'importo concordato;
3. Per le controversie di natura commerciale, svolti preventivamente tutti gli accertamenti sulle prestazioni effettivamente rese e sull'utilità aziendale delle stesse, si procederà ugualmente al tentativo di bonario componimento della controversia presso gli organismi all'uopo autorizzati, da formalizzare attraverso successiva proposta di atto deliberativo.

TITOLO IV - Relazioni con il cittadino, rapporti con il volontariato, relazioni sindacali

Articolo 66 – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

1. L'Azienda garantisce la partecipazione e la tutela dei cittadini attraverso:
 - a. **La Carta dei Servizi** - La Carta dei servizi è il patto che l'Azienda stringe nei confronti del cittadino/utente. Il patto è ispirato ai seguenti principi informativi:
 - imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto di accesso ai servizi;
 - piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
 - definizione di standard e assunzione di impegni rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
 - organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini;
 - ascolto delle opinioni e dei giudizi sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità di partecipazione e coinvolgimento.

Ai sensi del D.P.C.M. del 19/5/1995 e successive disposizioni legislative previste, l'Azienda si impegna alla pubblicazione della Carta dei servizi, ad aggiornarla annualmente e a diffonderla attraverso idonea documentazione cartacea ed attraverso il proprio sito internet.

In essa viene indicato il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché le modalità per presentare reclamo, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

Attraverso la Carta dei servizi l'Azienda dichiara le prestazioni ed i servizi che si impegna a fornire, dichiarandone le quantità i modi, i tempi ed i relativi standard di qualità.

I destinatari della Carta dei servizi sanitari sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare i servizi ed usufruire delle prestazioni che l'Azienda eroga.

- b. **La Conferenza dei Servizi** - Ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale indice, apposita Conferenza dei servizi, quale strumento per verificare l'andamento dei servizi e per individuare interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Nella Conferenza sono resi noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla Conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda.

- c. **L'Audit Civico** - L'Azienda istituisce, con apposito regolamento, l'audit civico quale strumento primario per la partecipazione, da parte dei cittadini, alla politica sanitaria aziendale al fine di promuovere la valutazione, da parte degli stessi, della qualità delle prestazioni dell'Azienda.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dall'Azienda, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori sono confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la

documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generali e sanitarie e la consultazione delle organizzazioni civiche.

L'Azienda si conforma alle iniziative regionali assunte in materia di Audit Civico.

- d. **Trasparenza ed integrità** - L'Azienda attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza e dell'integrità valorizzando una nuova nozione di trasparenza intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione".
2. L'Azienda, attraverso la pubblicazione on line delle informazioni, garantisce a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza della propria azione amministrativa. La suddetta pubblicità costituisce il principale strumento informativo dell'andamento della performance e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della medesima. In altri termini, si persegue la finalità di mettere a disposizione di tutti i cittadini i dati principali sull'andamento dell'amministrazione quali:
- gli obiettivi;
 - i tempi di realizzazione;
 - i costi specifici;
 - le relative risorse;
 - le modalità adottate;
 - le procedure gestionali ed amministrative.

Articolo 67 - La comunicazione aziendale

1. La comunicazione istituzionale dell'Azienda assume rilevanza strategica in quanto da una parte risponde ai doveri di trasparenza, imparzialità e parità di accesso che le leggi assicurano a tutti i cittadini, dall'altra permette di agire il proprio mandato istituzionale con un maggiore livello di coerenza rispetto ai bisogni dei cittadini.
2. Al tal fine, l'Azienda adotta idonei sistemi di comunicazione interna ed esterna.
- a. **La Comunicazione interna** - Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria Azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Per tale motivazione la comunicazione interna è finalizzata a rendere espliciti la propria organizzazione ed i propri obiettivi ma, soprattutto, a rendere riconoscibile il ruolo del singolo dipendente. Tale obiettivo favorisce una maggiore integrazione tra le diverse figure professionali affinché tutti possano concorrere al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'Azienda si è data. Affinché la comunicazione interna sia efficace è necessario che la circolazione del flusso di informazioni sia convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione (intranet, bacheche, disposizioni interne, mail, ecc.) in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. In questa concezione la comunicazione interna diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica. Ciò è possibile attivando tipologie di comunicazione interna basate su processi di condivisione delle conoscenze e rispondenti a logiche differenti, che vanno ad incidere sul ruolo di appartenenza:
- strategia dell'informazione per guidare il personale dipendente (informare per guidare);
 - strategia dell'informazione per motivare il personale dipendente (informare per motivare);

- strategia della comunicazione per cambiare l'organizzazione (comunicare per cambiare).

Le strategie della comunicazione interna sono enunciate nel Piano di Comunicazione Aziendale."

- b. **La Comunicazione esterna** - La comunicazione esterna è finalizzata a facilitare l'accesso degli utenti alla struttura ospedaliera e la conoscenza dei servizi erogati, favorire la trasparenza delle procedure amministrative e tutelare il diritto ad una corretta informazione, rafforzare l'identità dell'Azienda rendendola facilmente riconoscibile dagli utenti come un interlocutore affidabile e preparato. Attraverso la Comunicazione esterna l'Azienda diffonde l'alto livello qualitativo dei propri servizi sanitari e promuove la conoscenza delle innovazioni tecnologiche. Attraverso l'addetto stampa instaura e consolida i rapporti con i media locali e nazionali, utilizzando comunicati stampa e interviste, anche al fine di valorizzare l'attività clinica e di assistenza.
3. L'Azienda riconduce tale funzione alla UOC Affari Generali.

Articolo 68 - Il Piano di Comunicazione

1. Il piano di comunicazione, redatto da un gruppo di lavoro individuato dal Direttore Generale, è finalizzato a coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e strumenti di comunicazione secondo un disegno organico e razionale. Trattasi di uno strumento che consente di programmare e gestire le azioni di comunicazione sia interna che esterna per il raggiungimento comune di specifici obiettivi strategici e di comunicazione dell'Azienda.
2. La predisposizione del piano di comunicazione si articola in tre fasi distinte:
 - I. pianificazione, redazione e stesura del piano attraverso l'analisi del contesto sia interno che esterno e la definizione di alcune variabili fondamentali quali l'individuazione dei target delle proprie azioni comunicative in modo tale da renderle efficaci e adeguate e la definizione degli stakeholder;
 - II. implementazione del piano di comunicazione attraverso le proprie strutture tra cui l'ufficio relazioni con il pubblico, l'addetto stampa o i canali informatici di comunicazione;
 - III. valutazione e verifica dei risultati ottenuti, dell'impatto e degli effetti generati sul contesto interno ed esterno all'Ente e delle eventuali discrepanze tra questi e gli obiettivi prefissati.
3. L'Azienda, mediante il Piano della Comunicazione:
 - supporta l'organizzazione, favorendo le relazioni e le conoscenze sia al proprio interno che al proprio esterno;
 - definisce modalità informative coerenti, mirate, comprensibili, trasparenti ed adeguata ai bambini degenti ed alle loro famiglie;
 - migliora l'accesso ai servizi attraverso una adeguata informazione sulle modalità di accesso alla struttura, sui servizi erogati, sui tempi di attesa;
 - migliora l'accoglienza, prendendo cura del bambino durante il percorso e la permanenza in ospedale, supportando ed affiancando i genitori;
 - garantisce agli utenti il diritto d'informazione, di accesso agli atti e di partecipazione, nel rispetto della privacy;
 - tutela e diffonde l'identità dell'Azienda, la sua "mission", le iniziative ed i progetti realizzati;

- semplifica le procedure, migliora l'accesso, snellisce i percorsi, persegue la coerenza tra i servizi offerti ed i bisogni degli utenti;
 - attiva percorsi di informazione e diffusione di campagne di prevenzione su temi di rilevanza sociosanitaria;
 - promuove all'interno dell'Azienda, la cultura della relazione e del servizio al cittadino;
 - garantisce la conoscenza e la condivisione degli obiettivi da parte degli operatori.
4. Rientrano negli strumenti e nelle strategie disciplinate dal Piano della Comunicazione:
- la funzione dell'Ufficio relazioni con il pubblico;
 - il sito web aziendale;
 - le attività di interpretariato e di mediazione culturale;
 - le iniziative di marketing e fundraising;
 - la valutazione della soddisfazione del paziente.

Articolo 69 - Le relazioni con il cittadino e l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico

1. L'Azienda determina le proprie relazioni con il cittadino ai sensi e nello spirito della Legge n. 15/2000 promuovendo l'accesso, la partecipazione, l'ascolto, la verifica della qualità percepita.
2. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (**U.R.P.**) è l'articolazione aziendale che garantisce i diritti del cittadino, evidenziando le contraddizioni tra i bisogni dell'utente, le sue aspettative, la sua domanda esplicita o ancora inespressa e favorendo la partecipazione, la tutela, l'informazione e l'accoglienza del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano.
3. L'U.R.P. svolge una funzione di garanzia ai diritti di partecipazione e di tutela dei cittadini e delle loro associazioni, accogliendo gli esposti, attivando indagini ad hoc di customer satisfaction.
4. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. La relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi.
5. L'Azienda garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, anche in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, e alla presenza di assistiti appartenenti a diverse etnie. L'Azienda istituisce per tale funzione una unità operativa dedicata all'interno della UOC Affari Generali.
6. L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.
7. L'U.R.P. elabora il Regolamento di pubblica tutela dell'Azienda, che disciplina la gestione dei reclami assicurando le garanzie della ricezione, dell'analisi e del seguito degli stessi.
8. Il reclamo viene recepito dall'U.R.P. attraverso una specifica e disciplinata funzione di front-office. L'Ufficio attiva l'istruttoria, ricerca la soluzione, promuove una costante azione di

stimolo sull'Azienda affinché dalla criticità si tragga spunto per il cambiamento e da conto al cittadino dell'esito del reclamo.

Articolo 70 - La gestione della Privacy

1. L'Azienda, in ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti quali la normativa internazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 GDPR), anche in relazione agli articoli 2, 10, 11 e 32 della Costituzione nonché al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D. Lgs. 101/2018), adotta specifiche misure a tutela del diritto alla privacy.
2. Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche, operazioni amministrative deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità.
3. L'Azienda rivolge attenzione alla protezione dei dati personali e "sensibili" degli utenti che usufruiscono dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alla tutela della dignità del paziente, soprattutto con riguardo alle fasce deboli (disabili, minori, anziani), ed ai pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per i quali è doverosa una particolare attenzione (es. interruzione della gravidanza).
4. L'Azienda in attuazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. n.196/2003, così come modificato dal D. Lgs. 101/2018, provvede:
 - all'istituzione del Referente della Privacy e alla nomina del DPO;
 - alle attività continue e diffuse di formazione e informazione dei dipendenti finalizzate alla riduzione dei rischi legati alla "mancanza di consapevolezza" e alla cultura del rispetto, della riservatezza e della qualità;
 - alla tenuta ed aggiornamento del Registro dei Trattamenti.
5. Il Referente aziendale della privacy, in raccordo con il DPO, ha il compito di fornire al personale aziendale e alla Direzione Strategica il supporto in materia di Privacy.
6. L'Azienda promuove, al suo interno, ogni strumento di sensibilizzazione che possa consolidare una mentalità attenta al pieno rispetto della riservatezza e migliorare la qualità del servizio offerto all'utenza. A tal fine l'attività formativa è considerata uno strumento essenziale per la divulgazione dei criteri per una corretta applicazione della normativa in materia.
7. L'Azienda prevede strumenti e procedure per la rilevazione, la gestione ed il monitoraggio del trattamento dei dati e delle banche dati presenti e per erogare specifiche Informative su come vengono usati i dati personali nei diversi percorsi aziendali. Analogamente sono definiti protocolli aziendali al fine di permettere un uso ed una comunicazione corretta delle informazioni.
8. Il trattamento dei dati personali all'interno dell'Azienda è garantito dall'applicazione di idonee e preventive misure di sicurezza che consentono di ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta. Il livello minimo di protezione dei dati e dei relativi trattamenti è assicurato dall'adozione delle misure minime di sicurezza, cioè dal complesso delle misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali indicate nel Registro Trattamento Dati aggiornato.

Articolo 71 - Trasparenza ed Integrità

1. La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.
2. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni sul segreto di Stato e della normativa di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.
3. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.
4. In particolare, i dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici, in termini compatibili con gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
5. Le disposizioni sulla trasparenza contribuiscono a definire il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche anche ai fini di prevenzione e contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Articolo 72 - La Prevenzione della Corruzione

1. L'Azienda garantisce quanto previsto dalla normativa vigente in tema di Prevenzione della Corruzione attraverso una serie di attività. Lo strumento principale è il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC). Esso rappresenta lo strumento con il quale l'amministrazione definisce il processo finalizzato all'implementazione di una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo e all'individuazione e all'attivazione di azioni capaci di ridurre in maniera significativa i comportamenti a rischio di corruzione.
2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è la figura cardine su cui si regge il sistema di anticorruzione aziendale, delineato con la legge del 6 novembre 2012, n. 190.
3. La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione con il decreto legislativo del 25 maggio 2016, n. 97, c.d. FOIA, ha assorbito la figura del responsabile della trasparenza definendo il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e che assolve anche al compito di verificare e attivare le azioni necessarie per garantire il rispetto degli adempimenti in termini di trasparenza del Sito istituzionale.

Articolo 73 - I Rapporti con il Volontariato

1. L'Azienda determina i propri rapporti con il Volontariato e le relative Associazioni ai sensi e nello spirito della Legge n. 266/1991, riconoscendo il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo,

promuovendone lo sviluppo, salvaguardandone l'autonomia e favorendone l'apporto originale al conseguimento delle finalità dell'Azienda.

2. L'Azienda stipula con gli Organismi del Volontariato accordi o protocolli che stabiliscono gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori.
3. E' requisito preliminare alla realizzazione delle diverse forme di collaborazione è l'iscrizione dell'Associazione all'albo regionale che costituisce il registro generale delle Organizzazioni di Volontariato per le quali sia riconosciuta la possibilità di avviare collaborazioni con gli Enti Regionali.
4. E' comunque fatta salva la facoltà dell'Azienda di aderire o meno alle forme di collaborazione proposta, sulla base dei propri programmi di attività e degli interessi giudicati prevalenti.

Articolo 74 - Le relazioni sindacali

1. Il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità, è strutturato allo scopo di far corrispondere l'interesse dei dipendenti per il miglioramento delle condizioni di lavoro e la crescita professionale con l'esigenza dell'Azienda di migliorare e mantenere elevate la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.
2. La partecipazione del personale, attraverso le Organizzazioni Sindacali rappresentative (RSA) ed unitarie dei lavoratori (RSU) avviene secondo il principio della correttezza delle relazioni sindacali, la reciproca autonomia e la chiara distinzione dei ruoli secondo quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di categoria.
3. L'Azienda assicura alle stesse organizzazioni il pieno rispetto dei principi della partecipazione che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata aziendale, nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 9 e 40 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dai contratti nazionali di lavoro per il comparto, per l'area dirigenziale medica e per l'area dirigenziale non medica e, soprattutto, ritenendo essenziale un corretto e positivo rapporto con le organizzazioni sindacali.
4. Al fine di garantire un corretto espletamento delle rispettive attività con l'obiettivo comune di coniugare l'interesse dei dipendenti ed il miglioramento delle condizioni di lavoro e di sviluppo delle professionalità con l'esigenza di incrementare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi erogati alla collettività e nella effettiva assunzione e riconoscimento delle reciproche responsabilità, il Regolamento aziendale per le Relazioni Sindacali definisce le competenze, le procedure, i termini e, soprattutto, i confini fra contrattazione decentrata, concertazione, informazione e consultazione. In particolare il Regolamento prevede certezza della informazione preventiva alle OO.SS. ed alle Rappresentanze Unitarie dei lavoratori di tutti gli atti riguardanti gli interventi sull'organizzazione del lavoro e sui rapporti di lavoro. Il Regolamento prevede la garanzia dell'effettiva fruizione delle prerogative e diritti per l'esercizio dell'attività sindacali e, in

ogni caso, tiene conto, nella sua formulazione, delle prerogative sindacali stabilite dai CCNL, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii.

5. Ogni dirigente attraverso i competenti organi aziendali è tenuto a fornire alle OO.SS. adeguate informazioni sui provvedimenti e sugli atti di gestione assunti relativamente alle materie contenute nell'accordo aziendale sulle relazioni sindacali, rientranti nelle competenze professionali della funzione di cui è responsabile.
6. Il processo di programmazione aziendale prevede la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le Organizzazioni Sindacali e le Rappresentanze Sindacali Unitarie dei lavoratori. Il sistema, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità, è strutturato al fine di far corrispondere l'interesse dei dipendenti (miglioramento delle condizioni di lavoro, crescita professionale) alle esigenze dell'Azienda.
7. L'Azienda intende mantenere relazioni sindacali stabili, improntate alla correttezza ed alla trasparenza dei comportamenti, orientate alla prevenzione dei conflitti, in grado di favorire la collaborazione fra le parti. Le regole di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni, sono definite dal Regolamento delle Relazioni Sindacali emanato dal Direttore Generale.
8. Nella delegazione di parte pubblica, in sede di contrattazione decentrata area Dirigenza, è inserito un rappresentante dell'amministrazione universitaria, designato dal Rettore.
9. Nell'Azienda, la contrattazione decentrata si svolge congiuntamente con le Organizzazioni Sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali (CCNL), fatte salve le diverse disposizioni previste ai Contratti Collettivi Nazionali Quadro (CCNQ) e dagli stessi CCNL.
10. L'Azienda istituisce un Ufficio Relazioni Sindacali i cui compiti sono:
 - analisi, elaborazione e monitoraggio degli effetti applicativi degli istituti contrattuali aziendali;
 - gestione e monitoraggio delle prerogative e diritti sindacali assemblee, permessi, scioperi);
 - rilevazione Deleghe Sindacali: comunicazione all'ARAN e al DFP;
 - gestione adempimenti elezioni RSU;
 - gestione del processo negoziale e coordinamento delegazione trattante consulenza e supporto al personale coinvolto nella corretta applicazione degli accordi aziendali e dei Contratti di Lavoro;
 - supporto e consulenza ai Dirigenti/Responsabili delle strutture aziendali finalizzata alla prevenzione di conflitti ed eventuali contenziosi di lavoro;
 - gestione degli adempimenti relativi all'operazione "Trasparenza Valutazione e Merito";
 - pubblicazione ed aggiornamento nel sito internet aziendale dei dati relativi ai curricula e alle retribuzioni dei Dirigenti, tassi di assenze e maggiore presenza, contratti integrativi aziendali, analisi dei premi collegati alla performance.

TITOLO V - Norme finali, transitorie e di rinvio

Articolo 75 - Norme finali

1. L'Atto aziendale di diritto privato è adottato dal Direttore Generale, previa informazione al Collegio di Direzione ed alle Organizzazioni sindacali.
2. Dalla data di efficacia del presente Atto si intendono automaticamente abrogate tutte le eventuali disposizioni in contrasto con lo stesso, contenute in regolamenti, deliberazioni, determinazioni dirigenziali e/o altri provvedimenti.

Articolo 76 - Potere regolamentare dell'Azienda

1. Sono rimesse all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari alla attuazione della normativa contenuta nel presente Atto.
2. Specificatamente, entro i termini decorrenti dalla avvenuta verifica di congruità dell'Atto Aziendale da parte degli Organismi regionali competenti, il Direttore Generale procede ad emanare i Regolamenti previsti dal presente Atto o ad aggiornarli, ove necessario.
3. Tutti i Regolamenti adottati saranno pubblicati in apposita sezione sul sito web istituzionale.

Articolo 77 - Norme di rinvio

1. Per tutto quanto non espressamente contemplato nel presente Atto si fa espresso riferimento alle norme del Codice Civile e alle normative nazionali e regionali che disciplinano ciascuna materia trattata, con specifico riferimento alla legislazione di ambito sanitario e della Pubblica Amministrazione.
2. Il presente Atto è obbligatoriamente emendato in caso di variazioni delle normative sovra ordinate, aventi effetto sulle materie in esso trattate ed in tal caso il Direttore Generale prende atto delle variazioni intervenute e integra o modifica il presente Atto con apposito provvedimento deliberativo.