

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026 – 2028

Articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito nella Legge 113/2021

**DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE SANITARIA
PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA
GRUPPO DI LAVORO PIAO**

**Approvazione
Direttore Generale
Gaetano Gubitosa**

INDICE

Premessa

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

Sezione 4: Monitoraggio

Il Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80 (cd. *Decreto Reclutamento*), convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto per le Amministrazioni Pubbliche con più di cinquanta dipendenti il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, quale strumento unitario di programmazione e governance.

Il PIAO nasce con la finalità di **superare la frammentazione** dei documenti programmatori che, nel tempo, si sono stratificati all'interno delle amministrazioni, favorendo una programmazione **più chiara, coordinata e verificabile**, orientata a risultati misurabili e coerenti con le priorità strategiche dell'Ente.

In tale prospettiva, il PIAO rappresenta un **cambio di paradigma**: non un mero adempimento formale, bensì un documento di indirizzo e coordinamento che consente all'Azienda di:

- **definire in modo unitario le priorità strategiche e operative;**
- **raccordare obiettivi, risorse, responsabilità e tempi di attuazione;**
- **rafforzare la coerenza tra programmazione, organizzazione e performance;**
- **rendere trasparente e tracciabile l'azione amministrativa e gestionale;**
- **sostenere un approccio sistematico alla compliance e alla gestione del rischio.**

Il documento valorizza e integra il lavoro svolto negli anni in materia di **prevenzione della corruzione, trasparenza, integrità, codice di comportamento e legalità amministrativa**, rafforzandone l'applicazione concreta nei processi aziendali, in coerenza con i principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (art. 97 Cost.).

Il PIAO come strumento di integrazione reale dei piani aziendali

Il PIAO 2026 si configura come **documento unico di programmazione aziendale**, nel quale confluiscono e si coordinano i principali strumenti pianificatori dell'Azienda, assicurando:

- **coerenza interna tra obiettivi strategici e obiettivi operativi;**
- **integrazione tra performance, organizzazione, fabbisogni e formazione;**
- **allineamento tra misure di prevenzione del rischio corruttivo, obblighi di trasparenza e assetti organizzativi;**
- **armonizzazione** tra pianificazione e sistemi di monitoraggio e controllo.

In particolare, il PIAO integra, in un quadro unitario e coordinato, i seguenti ambiti programmatori:

- **Piano della Performance e obiettivi operativi**, con indicatori e responsabilità;
- **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, con misure, presidi e monitoraggi;

- **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e modelli organizzativi di flessibilità;
- **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale**, con programmazione delle risorse umane;
- **Piano della Formazione**, quale leva organizzativa per competenze, legalità e innovazione;
- **Piano delle Azioni Positive**, a presidio delle pari opportunità e del benessere organizzativo.

Resta fermo che i **documenti di natura finanziaria** (bilanci e strumenti contabili) continuano a seguire regole e tempistiche proprie, in coerenza con la normativa vigente.

Linguaggio e neutralità di genere

In conformità alle linee di indirizzo europee e nazionali in materia di neutralità di genere nel linguaggio amministrativo, l'utilizzo del genere maschile riferito a persone, ruoli e professioni è da intendersi come **neutro e inclusivo**, senza alcuna valenza discriminatoria.

"Il PIAO costituisce il riferimento unitario per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione della performance e della compliance aziendale.

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

AgID	Agenzia per l'Italia digitale
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CCNL	Contratto Collettivo nazionale di lavoro
CUG	Comitato Unico di Garanzia
DPCM	Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
D.L.	Decreto Legge
D. Igs.	Decreto Legislativo
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
GU	Gazzetta Ufficiale
LEA	Livelli essenziali di assistenza
MMG	Medico di medicina generale
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PA	Pubblica Amministrazione
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
PTT	Programma triennale per la trasparenza
PLS	Pediatra di libera scelta
PO	Presidio Ospedaliero
PP	Piano Performance
RPCT	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
RPD (DPO)	Responsabile della protezione dei dati personali (<i>Data Protection Officer</i>)
RUP	Responsabile Unico del Procedimento
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UIF	Unità di Informazione Finanziaria
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UTIC	Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

A tutti coloro che hanno interesse

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** costituisce lo strumento di programmazione e governance introdotto dalla normativa nazionale al fine di **rafforzare la coerenza e l'efficacia dell'azione amministrativa**, attraverso l'integrazione in un unico documento dei principali ambiti di pianificazione: **attività e obiettivi, organizzazione e risorse umane, performance, trasparenza e prevenzione della corruzione**.

Il PIAO illustra gli obiettivi strategici e operativi che l'**ASL Napoli 1 Centro** intende perseguire nel triennio di riferimento per assicurare la piena attuazione della propria missione istituzionale: **garantire il più alto livello possibile di tutela della salute**, sia per il singolo individuo sia per la collettività, nel rispetto dei principi di equità, appropriatezza, qualità e continuità assistenziale.

Tale missione si colloca in un contesto caratterizzato da crescente complessità organizzativa e gestionale, che richiede un impegno costante su ambiti fondamentali dell'azione aziendale, tra cui:

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**;
- la prevenzione e la promozione della salute;
- l'attuazione degli interventi e degli investimenti previsti dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**;
- il consolidamento dell'appropriatezza prescrittiva, clinica e organizzativa, quale leva essenziale di qualità e sostenibilità.

Per il conseguimento di tali obiettivi, l'Azienda intende valorizzare il patrimonio professionale e umano di tutte le componenti che operano quotidianamente nei servizi: personale sanitario, tecnico, amministrativo e, più in generale, tutte le professionalità che concorrono al funzionamento dell'organizzazione. Tale valorizzazione si accompagna a interventi mirati di miglioramento organizzativo, orientati a:

- revisione e razionalizzazione delle attività aziendali;
- semplificazione e sburocratizzazione delle procedure;
- reingegnerizzazione dei processi;
- monitoraggio sistematico dei risultati e dei livelli di performance.

Il PIAO definisce, pertanto, un percorso strategico unitario finalizzato a rafforzare la capacità dell'Azienda di garantire **prestazioni di qualità, tempi di accesso alle cure più rapidi**, nonché una risposta efficace e tempestiva ai bisogni della popolazione assistita, assicurando al contempo il rispetto degli obblighi di legalità, trasparenza e integrità dell'azione amministrativa.

“Una Squadra al lavoro per garantire salute” è lo slogan che sintetizza questo impegno, evidenziando come al centro delle scelte organizzative e programmatiche dell'Azienda vi sia il cittadino, destinatario ultimo delle politiche di miglioramento, innovazione e consolidamento dei servizi.

PREFAZIONE

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** rappresenta uno strumento centrale nel processo di evoluzione della programmazione delle pubbliche amministrazioni, finalizzato a garantire una **visione unitaria, coerente e misurabile** delle attività, degli obiettivi e delle risorse. Attraverso il PIAO, le amministrazioni sono chiamate a superare la frammentazione dei documenti programmati, adottando un approccio integrato capace di coniugare **semplificazione, trasparenza, qualità dell'azione amministrativa e orientamento ai risultati**.

In tale prospettiva, il **PIAO 2026–2028 dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro** si configura quale riferimento organico per l'azione aziendale, in coerenza con il quadro normativo vigente e con la missione istituzionale dell'Azienda, incentrata sull'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** e sulla tutela della salute della popolazione del territorio. Il Piano si colloca in un contesto caratterizzato da sfide complesse e dinamiche, nel quale assumono rilievo determinante l'efficace utilizzo delle risorse, il rafforzamento della capacità amministrativa, la sostenibilità dei processi e la piena affidabilità dell'azione pubblica.

Particolare attenzione è stata dedicata ai profili della **prevenzione della corruzione**, della **trasparenza** e dell'**integrità amministrativa**, considerati elementi imprescindibili per assicurare correttezza procedimentale, tracciabilità delle decisioni e gestione rigorosa delle risorse pubbliche. Tali presidi risultano ancor più essenziali in relazione all'attuazione degli interventi e degli investimenti connessi al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che richiedono elevati standard di programmazione, controllo e accountability, nel rispetto dei principi di legalità e buon andamento.

La predisposizione del Piano è il risultato di un lavoro condiviso e coordinato, che ha visto il coinvolgimento delle Strutture aziendali competenti, chiamate a contribuire – ciascuna per il proprio ambito – alla definizione di un quadro programmatico unitario e coerente. Tale percorso ha rappresentato anche un'importante occasione di confronto e integrazione, finalizzata a rendere più chiara e verificabile la rappresentazione degli obiettivi, delle azioni e delle responsabilità organizzative.

Il presente documento si inserisce nella fase iniziale dell'attuale mandato di Direzione Generale e intende costituire uno strumento concreto di indirizzo e governo, orientato al miglioramento continuo dei servizi, alla responsabilità gestionale e alla tutela dell'interesse pubblico, nella consapevolezza che la qualità dell'azione amministrativa rappresenta un presupposto essenziale per garantire risposte sanitarie efficaci, tempestive e accessibili.

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Descrizione dell'iter seguito per l'elaborazione del PIAO

L'elaborazione del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026–2028** è stata condotta secondo un'impostazione unitaria e integrata, finalizzata ad assicurare **coerenza programmatica, trasparenza del processo, partecipazione degli stakeholder e tracciabilità delle fasi di predisposizione**, in conformità al quadro normativo vigente e agli indirizzi nazionali in materia di programmazione e prevenzione della corruzione.

Consultazione pubblica e partecipazione degli stakeholder nella predisposizione del PIAO

Al fine di garantire il coinvolgimento dei soggetti interessati e favorire la più ampia partecipazione alla definizione degli indirizzi strategici e delle misure programmatiche, l'Azienda ha avviato un procedimento di consultazione pubblica del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La consultazione è stata attivata mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito web istituzionale dell'Azienda e nella sezione “Amministrazione Trasparente”, con invito rivolto a dipendenti, cittadini, associazioni, organizzazioni, imprese ed enti interessati a trasmettere eventuali osservazioni, proposte o contributi.

La consultazione è stata avviata a decorrere dal **16 dicembre 2025**, con possibilità di invio dei contributi all'indirizzo di posta elettronica dedicato: **rpd@aslnapoli1centro.it**.

Alla data di chiusura della consultazione non sono pervenuti contributi. Resta ferma la previsione che eventuali osservazioni pervenute siano valutate ai fini dell'eventuale integrazione e affinamento dei contenuti del Piano, nel rispetto dei principi di proporzionalità, sostenibilità organizzativa e pertinenza rispetto agli ambiti di intervento programmati.

Coordinamento tra RPCT e strutture aziendali

In coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, l'Azienda impronta la predisposizione del PIAO a una logica di integrazione e coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti nei processi di pianificazione, attuazione e monitoraggio, al fine di assicurare una visione unitaria delle strategie organizzative e delle misure di prevenzione della corruzione.

In tale contesto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) opera in raccordo con i responsabili delle altre Sezioni e Sottosezioni del PIAO e con le strutture competenti sulle principali aree tematiche oggetto di programmazione, favorendo la circolazione delle informazioni rilevanti e il coordinamento delle attività, nel rispetto della propria autonomia e indipendenza funzionale, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012.

In attuazione di tale impostazione, nel corso del 2025 l'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro interfunzionale per la predisposizione del PIAO, con Disposizione di Servizio n. 205 del 7 novembre 2025, quale sede di confronto e raccordo tra le strutture coinvolte nel processo programmatico.

Il coordinamento tra i soggetti interessati è riferito all'intero ciclo di vita del PIAO e riguarda, in particolare:

- la fase di pianificazione e definizione metodologica;
- l'analisi del contesto esterno ed interno, attraverso la condivisione delle informazioni disponibili presso le diverse strutture;
- la fase di monitoraggio, finalizzata alla verifica della coerenza tra obiettivi programmati, misure adottate e risultati conseguiti.

Resta fermo che, nell'ambito di tale assetto, il RPCT mantiene la responsabilità autonoma delle attività previste dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ivi inclusa la predisposizione della relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012.

Pubblicazione e accessibilità

Il Piano è pubblicato sul sito istituzionale dell’Azienda in formato **PDF** e reso disponibile nei seguenti percorsi:

- **HOME » AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE » DISPOSIZIONI GENERALI » PIAO**
- **HOME » ALTRI CONTENUTI » PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE » PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA » PIAO**

Dell’avvenuta pubblicazione è data comunicazione alle Strutture aziendali, al fine di assicurare la piena diffusione interna del documento e la conseguente conoscibilità delle misure e degli obiettivi programmati.

Trasmissione ad ANAC e adempimenti di competenza

Come previsto dalle disposizioni vigenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, il PIAO è altresì inserito nella **Piattaforma ANAC di acquisizione dei dati sui Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, assicurando la piena tracciabilità degli adempimenti e la disponibilità del documento ai fini istituzionali.

Diffusione e conoscibilità per il personale

In fase di reclutamento del personale, è fatto obbligo di segnalare ai neoassunti l’avvenuta pubblicazione del PIAO e il conseguente dovere di prenderne conoscenza mediante consultazione del sito istituzionale dell’Amministrazione, quale strumento di riferimento per gli obiettivi, le misure organizzative e i presidi di integrità e trasparenza dell’Azienda.

Il presente iter è finalizzato a garantire un documento programmatico non meramente formale, ma effettivamente operativo, integrato e monitorabile, a supporto del miglioramento continuo dell’azione amministrativa e della qualità dei servizi resi alla collettività.

IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028

AT A GLANCE

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026–2028** è il documento di programmazione con cui l'**ASL Napoli 1 Centro** definisce, in un quadro unitario e coerente, **priorità strategiche, obiettivi, azioni organizzative e modalità di impiego delle risorse**, in funzione della propria missione istituzionale e dei bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Il PIAO consente di superare la frammentazione degli strumenti programmati, integrando in un unico documento le principali dimensioni di governo aziendale e assicurando una lettura coordinata di:

- **valore pubblico e obiettivi di miglioramento dei servizi;**
- **performance organizzativa e individuale;**
- **misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;**
- **organizzazione del lavoro e gestione del capitale umano;**
- **semplificazione dei processi e innovazione amministrativa;**
- **digitalizzazione e transizione digitale**, anche in coerenza con le linee di sviluppo nazionali ed europee.

L'obiettivo è rafforzare l'efficacia dell'azione amministrativa e sanitaria, migliorando **qualità, accessibilità e continuità dei servizi**, garantendo al contempo **correttezza procedimentale, integrità, tracciabilità delle decisioni e uso responsabile delle risorse pubbliche**.

Il PIAO si inserisce nel percorso di modernizzazione della Pubblica Amministrazione, anche in relazione agli investimenti e alle progettualità connesse al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, valorizzando la programmazione come strumento operativo di indirizzo, monitoraggio e miglioramento continuo.

Attraverso il presente Piano, l'Azienda rende conoscibili e verificabili obiettivi, misure e risultati attesi, promuovendo un approccio orientato alla **trasparenza, alla responsabilità gestionale e alla partecipazione informata** degli stakeholder.

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Profilo dell’Azienda e contesto territoriale

In questa sezione è riportata una descrizione sintetica dell’**Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro**, quale Ente del Servizio Sanitario Regionale competente su uno specifico ambito territoriale e chiamato a rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente. Sono inoltre illustrati i principali ambiti di attività aziendale, che comprendono l’assistenza ospedaliera, l’assistenza specialistica ambulatoriale, l’assistenza distrettuale e primaria, nonché le attività di prevenzione, elemento qualificante dell’azione sanitaria territoriale.

L’**ASL Napoli 1 Centro** (di seguito anche “Azienda”) è stata istituita con **Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 505 del 20 marzo 2009**, subentrando alla preesistente ASL Napoli 1 in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, nonché nei relativi diritti e obblighi.

A decorrere dal **1° ottobre 2008**, ai sensi del **D.P.C.M. 1° aprile 2008**, sono state trasferite dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Regionale le competenze in materia di **assistenza sanitaria in ambito penitenziario**. Nel territorio di competenza dell’Azienda insistono istituti penitenziari caratterizzati da un’elevata densità di popolazione detenuta, con la presenza di centri clinici e di articolazioni dedicate alla tutela della salute mentale in carcere.

L’ASL Napoli 1 Centro rientra tra le Aziende sanitarie di maggiori dimensioni a livello nazionale, sia per ampiezza territoriale sia per complessità dell’offerta sanitaria. Il contesto di riferimento è caratterizzato da un’elevata densità abitativa e da una significativa eterogeneità demografica, sociale ed epidemiologica, che richiede un’elevata capacità di integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

L’Azienda è un ente pubblico dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile, nonché di autonomia gestionale e tecnica. Essa assicura i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** attraverso un’offerta sanitaria articolata e integrata, finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche, includendo prestazioni ad elevata specializzazione.

Nel rispetto della programmazione regionale vigente e in coerenza con il riordino della rete ospedaliera e della rete dell’assistenza territoriale, nonché con le linee di intervento previste dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, l’ASL Napoli 1 Centro concorre alla realizzazione della rete sanitaria della Regione Campania, sia in ambito ospedaliero sia territoriale. La dotazione complessiva di posti letto e l’organizzazione dei servizi sono definite in conformità agli atti di programmazione regionale e agli indirizzi di riassetto del sistema sanitario.

Nel modello organizzativo adottato, la rete ospedaliera e la rete territoriale operano in modo integrato, con l’obiettivo di favorire lo scambio di competenze e informazioni, razionalizzare l’erogazione delle prestazioni, migliorare la qualità dei servizi offerti e garantire un utilizzo efficiente e appropriato delle risorse disponibili.

Le sedi operative aziendali sono distribuite sul territorio in funzione dei bisogni sanitari della popolazione. La complessità organizzativa dell’Azienda riflette quella del contesto territoriale di riferimento, caratterizzato dalla presenza di aree urbane ad alta densità, zone con rilevanti criticità socio-economiche e ambiti insulari.

La popolazione assistita è pari a circa **un milione di residenti**, cui si aggiunge una quota significativa di popolazione temporaneamente presente e non stabilmente registrata, distribuita in **undici Distretti Sanitari di base**, di cui uno insulare.

L’Azienda dispone di più Presidi Ospedalieri e stabilimenti ospedalieri, compresi presidi insulari, con strutture sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello, Pronto Soccorso e discipline ad alta specializzazione.

Il territorio di competenza comprende una vasta area metropolitana a forte vocazione turistica e commerciale, dotata di infrastrutture strategiche di rilievo nazionale e internazionale, quali un aeroporto e un porto di primaria importanza. Il significativo incremento dei flussi turistici e delle presenze temporanee registrato negli ultimi anni

determina una variazione rilevante della popolazione insistente sul territorio, con effetti diretti sulla domanda di assistenza sanitaria, in particolare nell'area dell'emergenza-urgenza. Tale fenomeno incide in modo significativo sull'attività dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) e rappresenta un elemento strutturale da considerare nella programmazione della rete ospedaliera e territoriale, anche in termini di integrazione dei servizi, allocazione delle risorse e continuità assistenziale.

PATRIMONIO, SEDE LEGALE, IDENTITÀ ISTITUZIONALE E CANALI UFFICIALI

IL PATRIMONIO

Il patrimonio dell'ASL Napoli 1 Centro è costituito dall'insieme delle risorse strumentali e organizzative funzionali allo svolgimento delle attività istituzionali e al perseguimento delle finalità pubbliche dell'Azienda. Esso comprende i beni mobili e immobili iscritti nei registri contabili e inventariali, nonché i beni acquisiti nell'esercizio delle attività istituzionali o a seguito di atti di liberalità, come risultanti dall'inventario aziendale.

Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., l'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata. Resta fermo che i beni destinati allo svolgimento dei fini istituzionali costituiscono **patrimonio indisponibile** e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei casi e con le modalità previste dalla legge.

L'Azienda è inoltre titolare di un patrimonio di valore **artistico, culturale e documentale**, che rappresenta un elemento di particolare pregio e testimonianza storica dell'evoluzione dei servizi sanitari e sociosanitari nel territorio di competenza.

Sede legale e dati identificativi

La sede legale dell'ASL Napoli 1 Centro è ubicata presso la Direzione Generale, in:

- **Strada Comunale del Principe, 13/A – 80145 Napoli**
- **Partita IVA e Codice fiscale: 06328131211**

Struttura organizzativa e ambito di utenza

L'Azienda opera attraverso una rete articolata di strutture deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e di strutture di supporto, amministrative e sanitarie, che assicurano il funzionamento complessivo dell'organizzazione e la continuità dei servizi.

L'utenza di riferimento comprende la popolazione residente nel territorio di competenza, nonché ulteriori quote di popolazione assistita con bisogni specifici, incluse le attività istituzionali assicurate in ambito penitenziario, secondo le competenze attribuite al Servizio Sanitario Regionale.

Identità istituzionale e canali ufficiali

L'Azienda assicura la riconoscibilità e l'accessibilità dei propri servizi attraverso i canali istituzionali ufficiali (sito web aziendale e dominio di riferimento), nonché mediante l'utilizzo del logo e dell'identità visiva aziendale, in coerenza con i principi di trasparenza, comunicazione pubblica e correttezza istituzionale.

Dimensione economica e rete dei fornitori

Per ampiezza e complessità gestionale, l'ASL Napoli 1 Centro opera su volumi economico-finanziari di rilievo e intrattiene rapporti con una rete articolata di operatori economici e fornitori di beni, servizi e lavori, funzionali al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e alla continuità operativa dei servizi. Tale dimensione richiede un presidio costante dei processi di programmazione, approvvigionamento, gestione contrattuale e monitoraggio della spesa, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, tracciabilità e corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

IL LOGO AZIENDALE

Il logo dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli

1 Centro, rappresentato a fianco, costituisce un elemento distintivo dell’identità istituzionale e richiama in modo immediato il legame dell’Azienda con il territorio di riferimento. Sullo sfondo è raffigurato lo storico **Castel Nuovo**, noto anche come *Maschio Angioino*, uno dei simboli più riconoscibili della città di Napoli, a rappresentare le radici storiche, culturali e istituzionali dell’Azienda nel contesto urbano e metropolitano in cui opera.

In primo piano compare l’acronimo **ASL**, con le lettere **A** e **L** di colore blu, tonalità che richiama il mare del Golfo di Napoli e dell’Isola di Capri, territori che rientrano nell’ambito di competenza aziendale. Il riferimento cromatico intende evocare, al tempo stesso, l’identità geografica dell’Azienda e i valori di affidabilità, continuità e apertura che caratterizzano l’azione del Servizio Sanitario.

Il logo riporta inoltre l’indicazione dell’appartenenza alla **Regione Campania** e la denominazione completa dell’Azienda, accompagnata dallo slogan *“Una squadra al lavoro per garantire salute”*. Tale espressione intende sottolineare la dimensione collettiva e integrata dell’azione aziendale, fondata sulla collaborazione tra le diverse professionalità e strutture che concorrono quotidianamente alla tutela della salute dei cittadini.

L’utilizzo del logo dell’Azienda è regolamentato da specifiche disposizioni interne ed è subordinato ad autorizzazione preventiva del Direttore Generale, al fine di garantire un uso corretto, coerente e conforme all’immagine istituzionale dell’Azienda.

Il logo è utilizzato in modo sistematico in tutte le pubblicazioni, negli atti ufficiali, nella modulistica e nei materiali di comunicazione istituzionale dell’Azienda, contribuendo a garantire riconoscibilità, uniformità e coerenza nella comunicazione verso l’interno e verso l’esterno.

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

La missione dell’ASL Napoli 1 Centro è promuovere, tutelare e migliorare lo stato di salute individuale e collettivo della popolazione residente e di quella comunque presente nel proprio ambito territoriale, garantendo l’erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e perseguitando il miglioramento continuo della qualità.

L’Azienda assicura i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel rispetto della dignità della persona, dell’equità di accesso alle cure, dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni, nonché dei principi di economicità e sostenibilità nell’impiego delle risorse pubbliche.

Le scelte sanitarie e organizzative, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale, sono orientate a criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità, con attenzione alla trasparenza e alla rendicontazione degli impegni assunti e dei risultati conseguiti.

In un contesto caratterizzato da bisogni di salute complessi e da risorse limitate, l’Azienda promuove forme strutturate di integrazione e collaborazione con istituzioni ed enti pubblici e privati operanti nei settori sanitario



e sociale, concorrendo allo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, in raccordo con gli Enti Locali e secondo la normativa vigente.

I principi istituzionali che orientano l'azione dell'Azienda sono:

- tutela della salute e centralità della persona;
- universalità ed equità di accesso;
- garanzia dei LEA e appropriatezza delle cure;
- valorizzazione delle competenze professionali;
- equilibrio economico-finanziario;
- partecipazione e trasparenza.

L'ASL Napoli 1 Centro, per dimensioni e complessità, riveste un ruolo di rilievo nel sistema sanitario regionale e garantisce un'offerta assistenziale rivolta sia ai cittadini residenti sia a utenti provenienti da altri ambiti territoriali.

La strategia aziendale è orientata a rafforzare un continuum assistenziale integrato tra territorio e ospedale, mediante il potenziamento delle cure primarie e delle attività di prevenzione, nonché la qualificazione dell'assistenza ospedaliera. In tale prospettiva, l'organizzazione dei percorsi di cura è finalizzata alla presa in carico globale della persona, favorendo l'integrazione tra servizi e livelli di assistenza.

Parallelamente, l'Azienda promuove la modernizzazione dei processi amministrativo-gestionali e contabili, anche attraverso strumenti digitali e sistemi di controllo, al fine di garantire una gestione efficiente e responsabile delle risorse.

La visione strategica è orientata al miglioramento continuo della qualità tecnico-professionale, organizzativa e percepita, nonché al rafforzamento del dialogo con i cittadini e le loro rappresentanze, quale elemento essenziale per l'adeguamento dell'offerta ai bisogni del territorio.

IL SITO WEB, IL DOMINIO, LA PEC, FACEBOOK, INSTAGRAM, SLOGAN

Il sito web istituzionale dell'ASL Napoli 1 Centro costituisce il principale canale digitale di comunicazione e informazione verso cittadini, utenti e stakeholder ed è raggiungibile all'indirizzo: www.aslnapoli1centro.it.

I principali riferimenti digitali e istituzionali dell'Azienda sono i seguenti:

- **Dominio:** aslnapoli1centro.it
- **PEC:** aslnapoli1centro@pec.aslna1centro.it
- **Facebook (pagina ufficiale):** aslnapoli1centro
- **Instagram (pagina ufficiale):** aslna1centro
- **Slogan istituzionale:** *"Una squadra al lavoro per garantire salute"*

Attraverso il portale aziendale, l'Azienda rende disponibili informazioni relative ai servizi e alle prestazioni erogate, alle attività di prevenzione e alle campagne di promozione della salute, nonché contenuti utili a garantire trasparenza e accessibilità dell'azione amministrativa, anche mediante la sezione **"Amministrazione Trasparente"**, in attuazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente.

Il sito è oggetto di aggiornamento continuo ed è sviluppato in coerenza con le **Linee guida AgID** in materia di design, accessibilità e fruibilità dei servizi digitali della Pubblica Amministrazione, con particolare attenzione alla navigazione da dispositivi mobili e all'esperienza dell'utente.

Nel triennio di riferimento, il portale sarà ulteriormente implementato e arricchito nei contenuti e nelle funzionalità, al fine di rafforzare la comunicazione istituzionale e il dialogo con la cittadinanza.

DEMOGRAFIA

I dati relativi alla popolazione assistita e alle principali caratteristiche demografiche e organizzative dell'ASL Napoli 1 Centro, costantemente aggiornati, sono pubblicati sul Portale **“Amministrazione Trasparente”**, nella sezione: **Altri contenuti → Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati → Dati di popolazione**.

Il territorio di competenza dell'Azienda si estende per circa **128 km²** e comprende **l'intero Comune di Napoli** (articolato in dieci Municipalità), nonché **l'Isola di Capri**, con i Comuni di **Capri e Anacapri**.

La popolazione assistita presenta un'elevata eterogeneità socio-economica, con aree caratterizzate da **significativi livelli di depravazione**, elemento che incide sulla domanda di servizi sanitari e socio-sanitari e richiede una programmazione assistenziale capace di rispondere a bisogni complessi e differenziati.

Inoltre, la presenza di una rete ospedaliera articolata e di discipline ad alta specializzazione rende il territorio aziendale un punto di riferimento anche per utenza proveniente da ambiti esterni, con effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi e sulla pianificazione dell'offerta sanitaria.



PRINCIPALI DATI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI

Ai fini della programmazione sanitaria aziendale, la popolazione di riferimento viene analizzata anche attraverso il dato degli **assistiti/assistibili**, ricavato dall'**Anagrafe Assistiti** (Piattaforma Sinfonia).

Definizione operativa

Per **“assistito”** si intende il soggetto che ha effettuato presso l'ASL la scelta del **Medico di Medicina Generale (MMG)** o del **Pediatra di Libera Scelta (PLS)** e risulta pertanto iscritto nell'Anagrafe Assistiti.

Distribuzione per fasce di età

L'analisi per classi di età evidenzia una prevalenza della popolazione nelle fasce adulte e anziane, con particolare concentrazione nella classe **50–59 anni**, che rappresenta una componente significativa della popolazione complessivamente assistita.

Popolazione assistita e articolazione territoriale

La popolazione di riferimento dell'ASL Napoli 1 Centro insiste sul territorio del **Comune di Napoli** e dell'**Isola di Capri** (Comuni di **Capri e Anacapri**). I dati mostrano una netta prevalenza del Comune di Napoli rispetto ai Comuni insulari, in coerenza con l'ampiezza e la densità abitativa dell'area metropolitana.

Densità abitativa e complessità del contesto

Il territorio aziendale presenta una **elevata densità di popolazione**, elemento strutturale che incide sulla domanda assistenziale e sulla necessità di garantire un'organizzazione efficiente e integrata dei servizi, in particolare per le aree a maggiore pressione assistenziale.

Popolazione straniera residente

È inoltre presente una quota significativa di **cittadini stranieri residenti**, dato rilevante ai fini della programmazione dei servizi, dell'accessibilità e dell'appropriatezza dell'offerta sanitaria.

Indicatori demografici e impatto sui servizi

L'analisi della struttura per età (giovani, adulti, anziani) e degli indicatori demografici evidenzia dinamiche utili a valutare l'impatto sulla domanda di assistenza e sui bisogni di prevenzione, cura e presa in carico, con particolare attenzione alle condizioni croniche e alla popolazione fragile.

Di seguito dati e fonti

I dati di dettaglio, le tabelle e le rappresentazioni grafiche sono riportati come allegati tecnici, predisposti dalla **UOC Epidemiologia**, con fonti:

- **Piattaforma Sinfonia – Anagrafe Assistiti** (assistiti/assistibili per classi di età, sesso, andamento temporale);
- **ISTAT / DemoISTAT** (stranieri residenti e indicatori demografici).

Classi di età	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
0-99	402.166	445.520	847.686
0-13	49.044	46.531	95.575
14-64	269.209	286.549	555.758
65-74	44.378	52.972	97.350
75-99	39.535	59.468	99.003

Fonte: Piattaforma Sinfonia: Riepilogo Assistibili iscritti per fascia d'età
(Assistibili con medico; tipo medico: tutti (GENERICI E PEDIATRI))

NAPOLI			
Classi di età	M	F	Maschi + Femmine
0-99	396.691	439.777	836.468
0-13	48.514	46.008	94.517
14-64	265.544	282.923	548.467
65-74	43.731	52.267	95.998
75-99	38.902	58.584	97.486

Fonte: Piattaforma Sinfonia: Riepilogo Assistibili iscritti per fascia d'età
(Assistibili con medico; tipo medico: tutti (GENERICI E PEDIATRI))

CAPRI			
Classi di età	M	F	Maschi + Femmine
0-99	2.921	2.978	5.899
0-13	220	236	456
14-64	1.976	1.853	3.829
65-74	381	391	772
75-99	344	498	842

Fonte: Piattaforma Sinfonia: Riepilogo Assistibili iscritti per fascia d'età
(Assistibili con medico; tipo medico: tutti (GENERICI E PEDIATRI))

Popolazione Assistiti (Iscritti con scelta medico)
Andamento temporale



1. Assistibili per classe di età (Fonte: Sinfonia Anagrafe)

Classe di Età	Napoli	Anacapri	Capri	Totale
0-9	62.349	399	306	63.054
10-19	82.241	569	455	83.265
20-29	93.190	622	539	94.351
30-39	92.415	709	662	93.786
40-49	100.609	703	696	102.008
50-59	126.278	1.027	1.047	128.352
60-69	117.614	875	980	119.469
70-79	85.912	558	656	87.126
80-89	44.550	339	404	45.293
90+	10.100	84	113	10.297
Totale	815.258	5.885	5.858	827.001

**Totali
ASL Napoli 1 Centro**

Assistiti per classe di età (Fonte: Sinfonia Anagrafe)

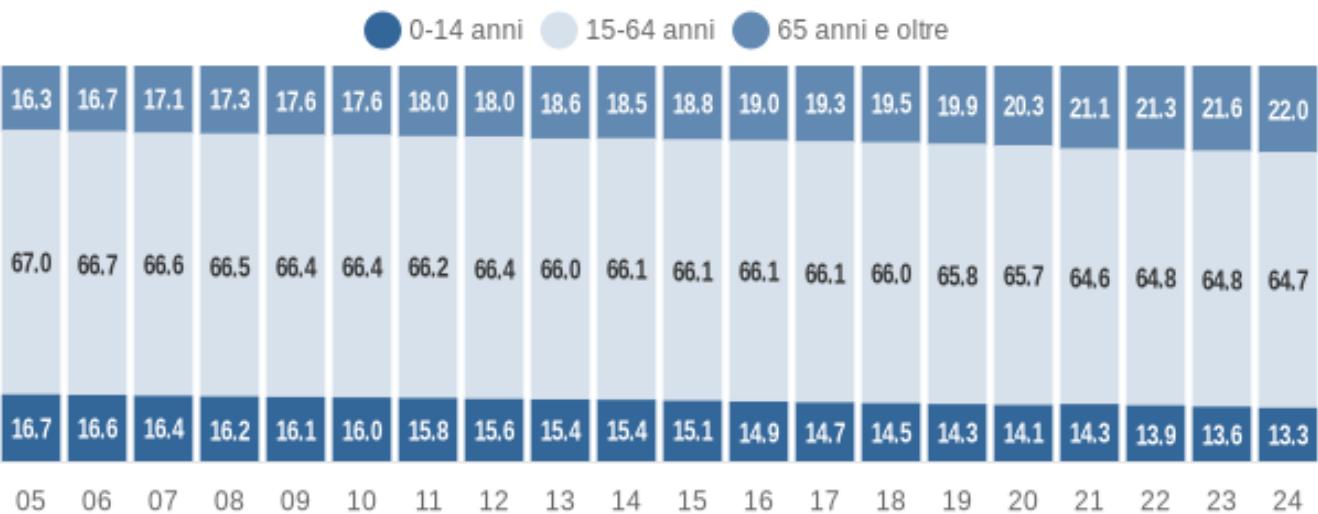
Classe di Età	Napoli	Anacapri	Capri	Totale	Classe di Età	Napoli
0-9	60.327	388	290	61.005	0-9	60.327
10-19	75.152	515	400	76.067	10-19	75.152
20-29	88.616	579	507	89.702	20-29	88.616
30-39	86.099	651	607	87.357	30-39	86.099
40-49	95.047	639	648	96.334	40-49	95.047
50-59	120.765	952	991	122.708	50-59	120.765
60-69	114.091	833	944	115.868	60-69	114.091
70-79	84.218	538	639	85.395	70-79	84.218
80-89	43.651	327	393	44.371	80-89	43.651
90+	9.453	74	108	9.635	90+	9.453
Totale	777.419	5.496	5.527	788.442	Totale	777.419

Classi di Età	Assistiti			Assistibili		
	M	F	totale	M	F	totale
0-9	201	205	406	211	212	423
10-19	286	272	558	302	300	602
20-29	327	305	632	334	312	646
30-39	361	317	678	376	328	704
40-49	349	376	725	382	392	774
50-59	530	532	1.062	560	550	1.110
60-69	376	402	778	396	415	811
70-79	262	291	553	270	295	565
80-89	143	198	341	150	205	355
90-99	25	46	71	28	47	75
100+	1		1	1		1
totale	2.861	2.944	5.805	3.010	3.056	6.066

Comune di Anacapri

Classi di Età	Assistiti			Assistibili		
	M	F	totale	M	F	totale
0-9	138	151	289	149	167	316
10-19	199	201	400	227	243	470
20-29	274	251	525	289	258	547
30-39	313	297	610	351	318	669
40-49	351	326	677	400	350	750
50-59	536	503	1.039	575	526	1.101
60-69	443	448	891	457	465	922
70-79	278	347	625	282	360	642
80-89	173	232	405	176	238	414
90-99	30	66	96	31	69	100
100+	2	1	3	2	1	3
totale	2.737	2.823	5.560	2.939	2.995	5.934

Comune di Capri

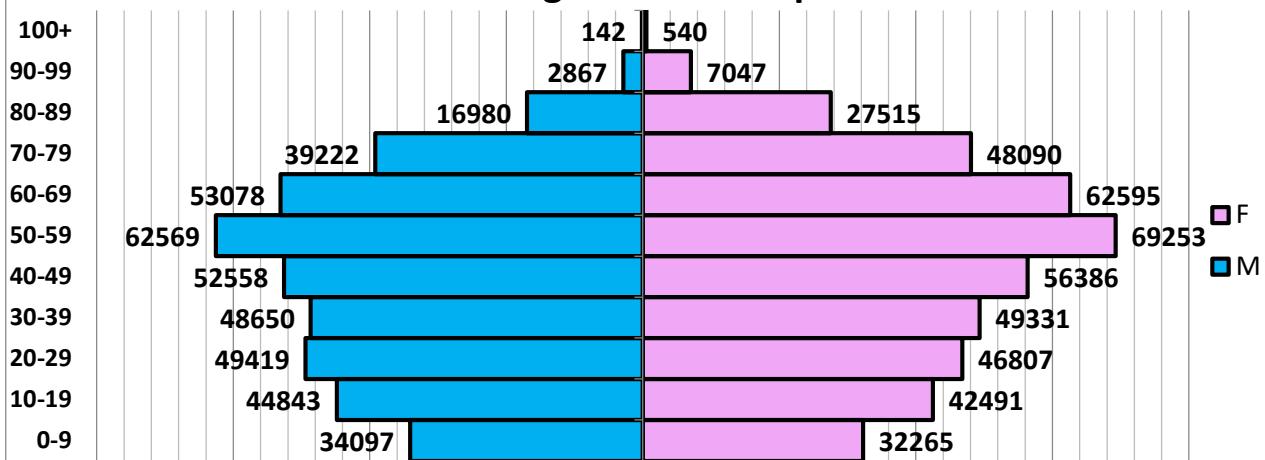


	Napoli	Anacapri	Capri	Totale
Abitanti	815.258	5.885	5.858	827.001
Km2	117,27	6,39	4,01	127,67
Densità Ab	6951,974	920,9703	1460,848	6477,645

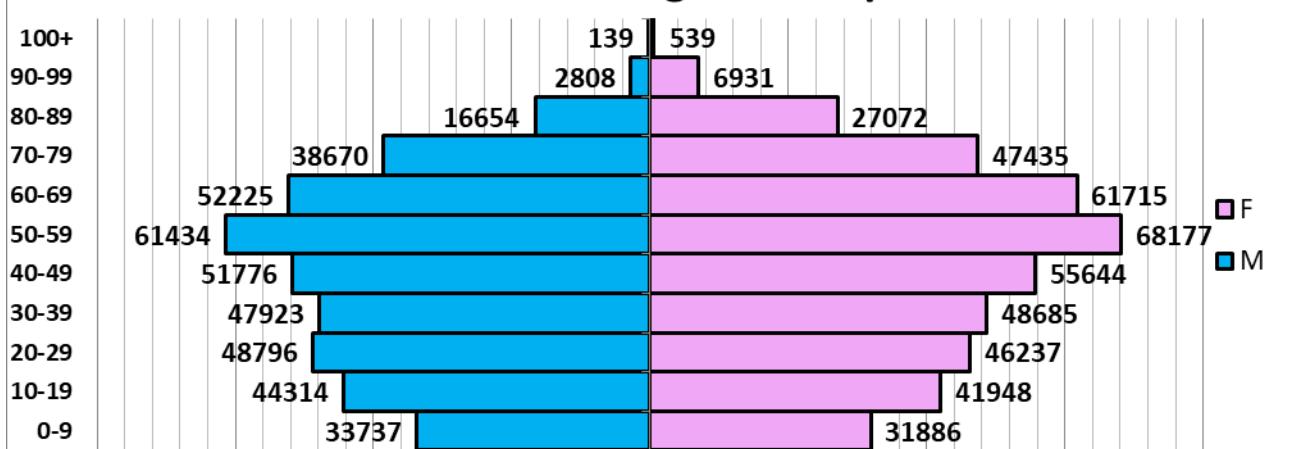
	Napoli	Anacapri	Capri	Totale
Stranieri Residenti	60.012	557	802	61.371

La lettura di tali rapporti costituisce un elemento informativo rilevante ai fini della programmazione, in quanto consente di stimare impatti significativi sui principali sistemi di riferimento, tra cui il **mercato del lavoro** e, soprattutto, il **sistema sanitario**, con riflessi diretti sulla domanda di assistenza, sui bisogni di prevenzione e sulla presa in carico delle cronicità e delle fragilità.

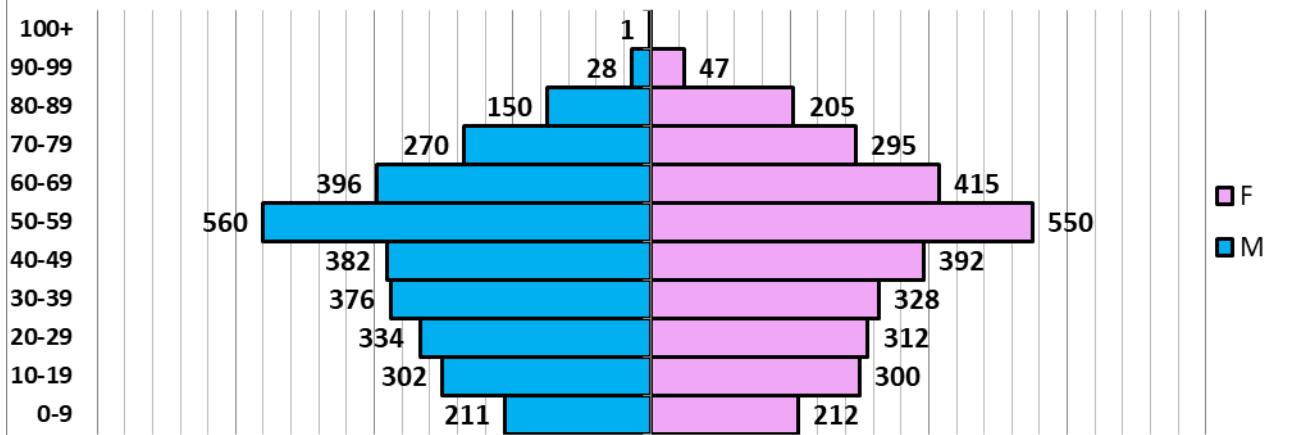
Piramide demografica ASL Napoli 1 Centro

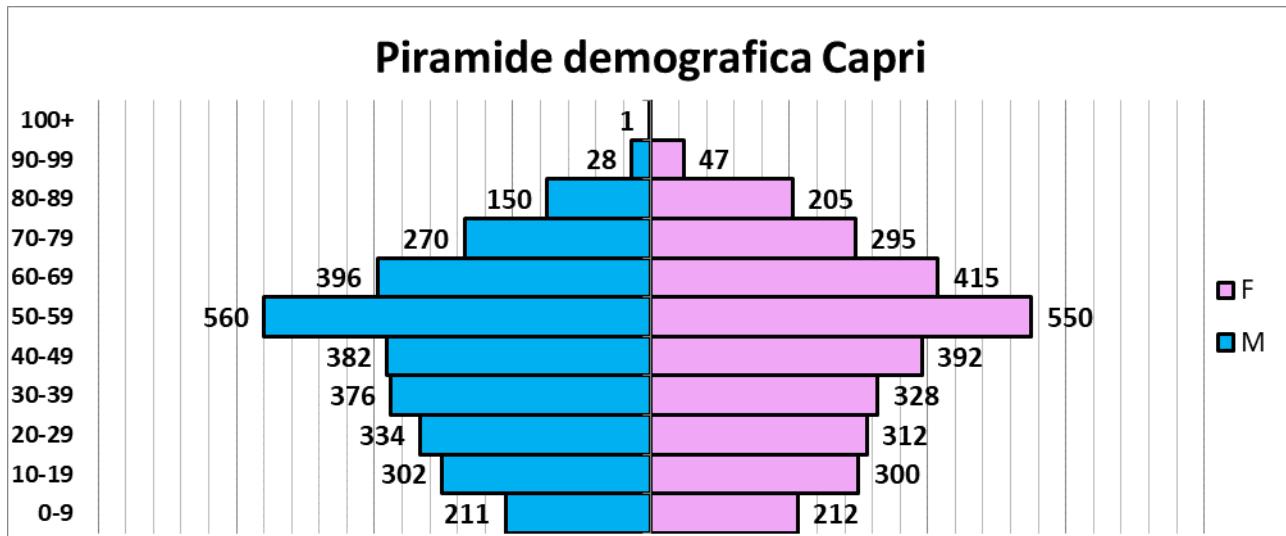


Piramide demografica Napoli



Piramide demografica Anacapri





Densità della popolazione residente nella ASL, età media della popolazione della ASL Napoli 1, speranza di vita alla nascita. Fonte dati: Sinfonia Anagrafe al 19 gennaio 2024

	Napoli	Anacapri	Capri	Totale
Densità abitativa (abitanti per kmq)	7.116,33	949,30	1.978,00	6.683,60
Età media (anni)	45,52	46,43	49,28	45,56

Napoli		
	M	F
Speranza di vita alla nascita *	78,7	82,7

*Fonte: ISTAT-anno 2022, dato disponibile unicamente per l'intera provincia di Napoli



Classi di Età	DSB 24	DSB 25	DSB 26	DSB 27	DSB 28	DSB 29	DSB 30	DSB 31	DSB 32	DSB 33	DSB 73
0-9	4.614	5.584	7.334	5.850	6.549	6.520	6.832	6.021	8.818	7.501	739
10-19	6.908	7.489	9.674	9.113	8.177	9.167	8.120	7.795	10.836	8.983	1.072
20-29	7.475	8.317	9.971	9.658	9.353	9.895	8.954	8.973	11.920	10.517	1.193
30-39	6.977	8.578	10.864	9.067	9.001	9.580	9147	9.486	11.418	12490	1.373
40-49	8.388	9.724	12.011	11.343	9.470	11.364	9.438	11.021	12.020	12.641	1.524
50-59	11.854	12.581	12.744	15.957	11.587	14.307	10.768	12.741	13.304	13.768	2.211
60-69	10.542	11.796	12.512	14.466	10.221	11.120	9.290	10.586	12.107	11.300	1.733
70-79	8.106	9.399	9.437	12.477	6.812	8.365	6.654	7.828	8.782	8.245	1.207
80-89	4.880	5.231	3.882	7.658	3.056	4.654	2.946	3.785	3.737	3.897	769
90-99	1.245	1.099	719	2.021	561	1.107	581	817	730	859	175
100+	106	50	31	114	36	98	32	94	52	65	4
Totale	71.095	79.848	89.179	97.724	74.823	86.177	72.762	79.147	93.724	90.266	12.000

Popolazione divisa per distretti e classe di età.

Fonte dati: Sinfonia Anagrafe al 19 gennaio 2024

Di seguito il bilancio demografico (anno 2022) della Città di Napoli¹

Popolazione residente e relativo trend, saldo naturale e saldo migratorio, tasso di natalità, tasso di mortalità, tasso di crescita e tasso migratorionel **Comune di NAPOLI**

BILANCIO DEMOGRAFICO (ANNO 2022)

Popolazione al 1 gen. 921.142

Nati 7.074

Morti 10.859

Saldo Naturale^[1] **-3.785**

Iscritti 15.630

Cancellati 15.477

Saldo Migratorio^[2] **+153**

Saldo Totale^[3] **-3.632**

Popolazione al 31° dic. 917.510

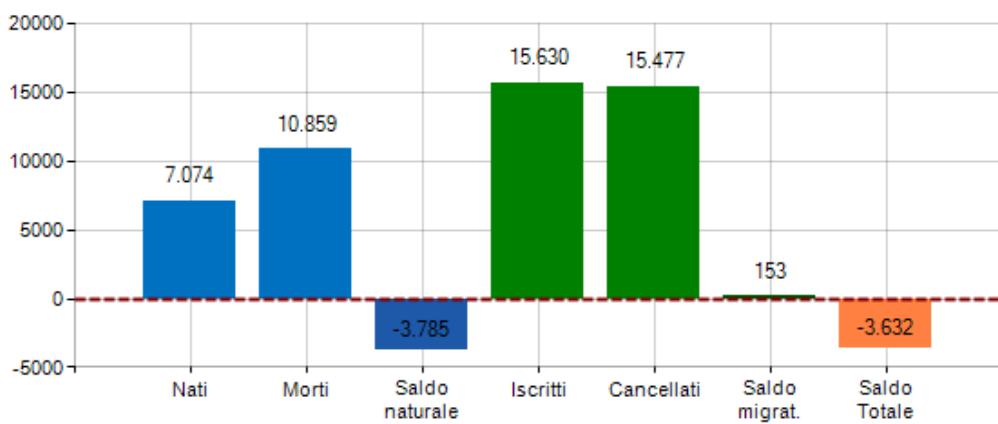
TREND POPOLAZIONE

Anno	Popolazione (N.)	Variazione % su anno prec.
2017	966.144	-
2018	954.318	-1,22
2019	948.850	-0,57
2020	922.094	-2,82
2021	921.142	-0,10
2022	917.510	-0,39

Variazione % Media Annuia (2017/2022): **-1,03**

Variazione % Media Annuia (2019/2022): **-1,11**

BILANCIO DEMOGRAFICO



¹ Estratto da: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/popolazione/napoli/63049/4>

Incidenza dei tumori – quinquennio 2018-2022 (Fonte Registro Tumori, elaborazione UOC Epidemiologia, Prevenzione e RT)

- **Numero di tumori totale (età media)**

- ~ Maschi: 19576 (67,95)
- ~ Femmine: 18397 (65,11)

- **Numero di tumori escluso cute e Sistema Nervoso Centrale non maligno (età media)**

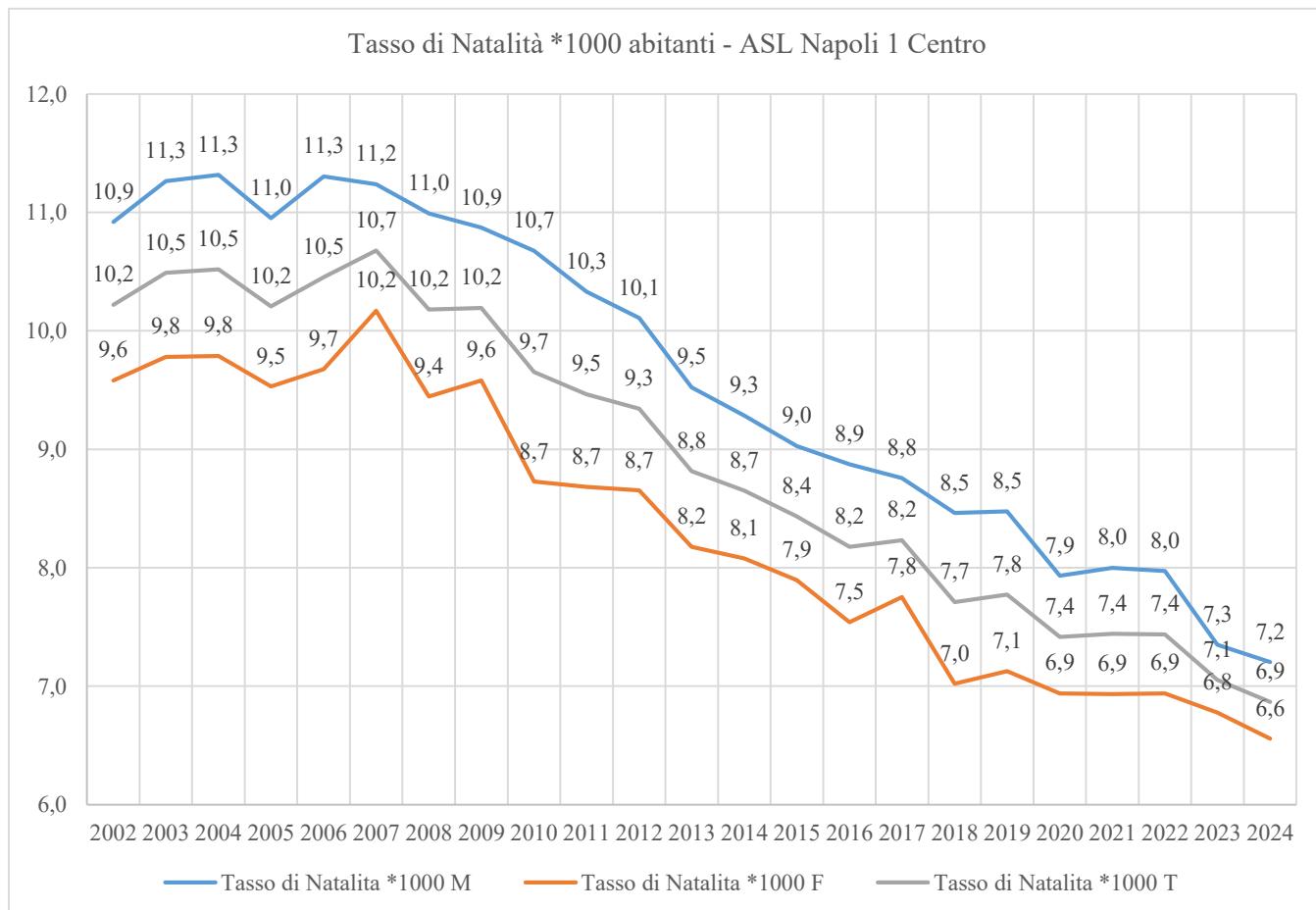
- ~ Maschi: 14919 (67,81)
- ~ Femmine: 13948 (64,74)

- **Prime 5 sedi più frequenti di neoplasia e % sul totale, per sesso.**

Rango	Maschi	%	Femmine	%
1	Polmone	17,35	Mammella	27,06
2	Prostata	15,40	Polmone	11,14
3	Vescica totale	12,24	Colon, retto e ano	10,82
4	Colon, retto e ano	11,70	Neoplasie ematologiche	8,98
5	Neoplasie ematologiche	10,06	Utero totale	6,01

Fonte: Registro Tumori

Tasso di Natalità *1000 abitanti, totale e stratificato per sesso (Fonte: Sinfonia Vaccinazioni, DemoISTAT, elaborazione UOC Epidemiologia, Prevenzione e RT)



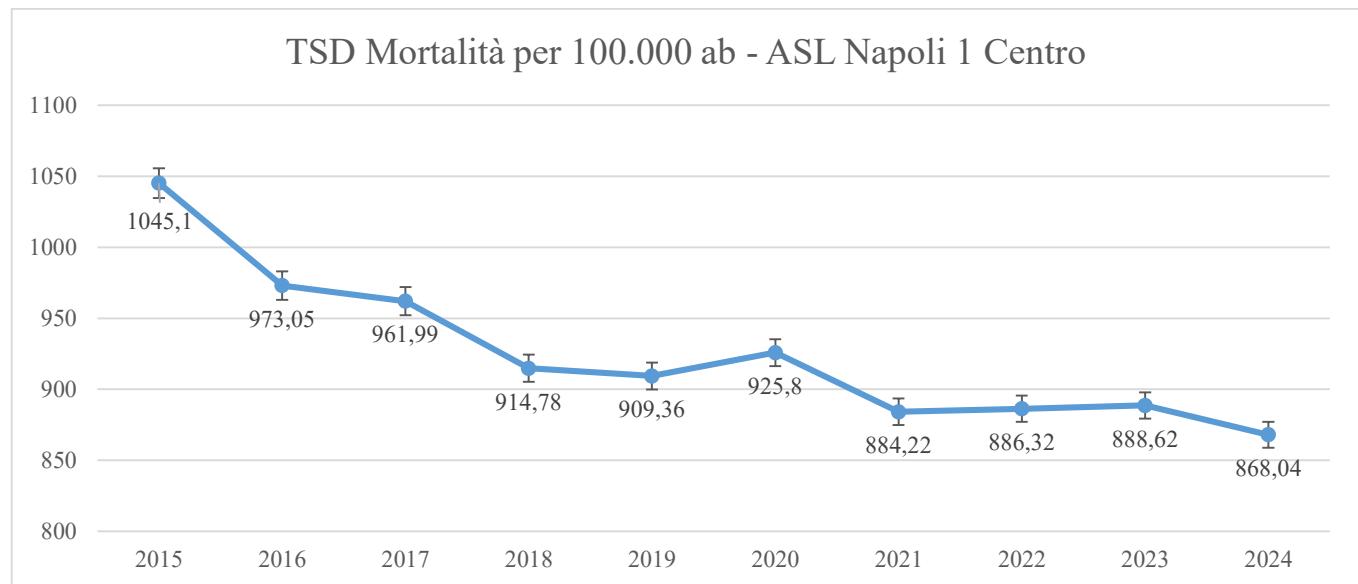
Indice di vecchiaia (%) (Fonte: Sinfonia Anagrafe, elaborazione UOC Epidemiologia, Prevenzione e RT)

	ASL Napoli 1 Centro	Napoli	Capri	Anacapri
M	170%	169%	190%	297%
F	239%	238%	250%	352%
T	203%	203%	219%	325%

Tasso grezzo, tasso standardizzato su popolazione EU2013 (*100.000 abitanti), errore standard per sesso e per causa di morte – quinquennio 2020-2024 (Fonte: RENCAM)

2020-2024									
Causa	Maschi			Femmine			Totale		
	TG	TSD	ES	TG	TSD	ES	TG	TSD	ES
Malattie infettive e parassitarie	26,52	28,8	1,19	30,77	23,94	0,88	28,73	26,03	0,71
Tumore	324,44	344,08	4,06	257,43	209,84	2,67	289,59	262,46	2,26
Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	3,51	3,92	0,45	3,03	2,29	0,27	3,26	2,94	0,24
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	32,33	36,11	1,35	39,25	29,46	0,96	35,93	32,32	0,79
Disturbi psichici e comportamentali	12,7	14,7	0,88	23,89	17,21	0,72	18,52	16,61	0,56
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	24,16	27,13	1,17	29,75	22,56	0,84	27,07	24,39	0,69
Malattie del sistema circolatorio	310,85	356,36	4,31	421,73	306,61	3,04	368,53	330,57	2,52
Malattie del sistema respiratorio	101,26	114,47	2,42	93,01	70,33	1,49	96,97	87,36	1,3
Malattie dell'apparato digerente	30,29	31,57	1,22	25,65	19,89	0,8	27,88	25,15	0,7
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,27	0,27	0,11	0,82	0,59	0,13	0,55	0,49	0,1
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,84	0,94	0,22	2,46	1,89	0,25	1,68	1,51	0,17
Malattie del sistema genitourinario	23,49	27,24	1,2	26,84	19,79	0,78	25,23	22,7	0,66
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0	-	-	0,08	0,06	0,04	0,04	0,04	0,03
Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	0,49	0,56	0,17	0,49	0,6	0,18	0,49	0,57	0,12
Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	0,89	0,89	0,2	0,45	0,45	0,14	0,66	0,63	0,11
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	46,06	47,79	1,5	33,76	26,57	0,94	39,66	36,51	0,85
Traumatismi e avvelenamenti	18,96	21,63	1,06	25,57	18,73	0,76	22,4	20,18	0,62
Totale	957,08	1056,46	7,28	1014,97	770,79	4,94	987,19	890,45	4,14

Tasso standardizzato di mortalità (*100.000 abitanti) – Trend anni 2015-2024 con errore standard (Fonte: RENCAM, elaborazione UOC Epidemiologia, Prevenzione e RT)



CENNI SUGLI ORGANI DI DIREZIONE E SULLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'ASL Napoli 1 Centro è definita dall'**Atto Aziendale vigente**, approvato con deliberazione **n. 1308/2023**, adottato in coerenza con la programmazione regionale di riferimento. L'Atto Aziendale, quale principale strumento di auto-organizzazione dell'Ente ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 502/1992, disciplina l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, definendone articolazione, responsabilità e modalità operative.

Il documento è pubblicato sul Portale "Amministrazione Trasparente" ed è consultabile al seguente link: <https://aslnapoli1centro.portaleamministrazionetrasparente.it/archiviofile/aslnapolicentro/DELIBERA%201308.pdf>

In coerenza con l'Atto Aziendale, l'ASL Napoli 1 Centro è articolata in strutture con funzioni di **governo e supporto** (Dipartimenti e Servizi centrali) e in strutture deputate all'erogazione dell'assistenza sanitaria, tra cui **Distretti Sanitari**, presidi territoriali e **Presidi Ospedalieri**, secondo un modello orientato all'integrazione tra ospedale e territorio e alla continuità assistenziale.

Livello strategico

Il **Direttore Generale** assicura la direzione complessiva dell'Azienda e ne rappresenta il vertice gestionale, orientando l'azione amministrativa ai principi di legalità, efficacia, efficienza ed economicità. Il Direttore Generale è coadiuvato dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, che con lui costituiscono la **Direzione Strategica Aziendale**, nonché dalle Strutture di Staff. L'Azienda si avvale inoltre del **Collegio di Direzione** per le attività previste dalla normativa.

Livello di supporto – Staff

Le strutture in staff alla Direzione Strategica assicurano il presidio delle politiche, dei metodi e degli strumenti operativi necessari alla gestione e al governo delle risorse aziendali, con particolare riferimento a:

- programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività;
- gestione e utilizzo appropriato delle risorse economiche e strumentali;
- qualità, appropriatezza e controllo delle prestazioni;
- gestione del patrimonio e sicurezza degli ambienti;
- protezione dei dati personali e sicurezza dei flussi informativi;
- funzionamento dei controlli interni e attuazione di eventuali misure correttive;
- comunicazione istituzionale e relazioni con l'utenza;
- prevenzione della corruzione e trasparenza, secondo gli indirizzi del PIAO.

Livello Produttivo

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello operativo attraverso cui l'Azienda assicura la gestione integrata delle attività sanitarie e socio-sanitarie, favorendo programmazione unitaria, coordinamento e perseguitamento di risultati misurabili in termini di efficacia ed efficienza.

I Dipartimenti aggregano strutture omogenee (Strutture Complesse e Strutture Semplici), al fine di garantire coerenza organizzativa, integrazione dei percorsi e utilizzo appropriato delle risorse.

Per ciascun Dipartimento è nominato un **Direttore di Dipartimento**, individuato dal Direttore Generale tra i Direttori di Struttura Complessa afferenti, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale e dalla normativa vigente.

Le strutture operative aziendali, ospedaliere e territoriali, sono affidate a Direttori/Responsabili, secondo le procedure previste dalla normativa e dai CCNL applicabili. La titolarità degli incarichi comporta responsabilità clinico-organizzative e gestionali, connesse alla programmazione delle attività e al corretto impiego delle risorse assegnate, in coerenza con gli obiettivi di struttura e dipartimento.

In raccordo con il livello dirigenziale operano inoltre professionisti del comparto, ai quali possono essere attribuite funzioni di coordinamento e gestione dei processi assistenziali, secondo le modalità previste dalla disciplina vigente.

Ambiti delle responsabilità

Gli avvisi e le procedure di conferimento degli incarichi di responsabilità prevedono l'esplicitazione delle competenze attese e delle responsabilità attribuite, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi, gestionali e di governo dei processi.

Per i Direttori di Struttura Complessa sono richieste, in particolare, competenze connesse a:

- programmazione delle attività e gestione delle risorse;
- governo dei processi e orientamento ai risultati;
- gestione e valorizzazione delle risorse umane;
- promozione della qualità, dell'appropriatezza e del miglioramento continuo;
- sviluppo di capacità organizzative, anche in contesti multidisciplinari.

Per gli incarichi di Struttura Semplice, Struttura Semplice Dipartimentale e per gli incarichi di funzione del comparto, le responsabilità e le competenze richieste sono definite mediante apposite schede di posizione e job description, in coerenza con l'assetto organizzativo e con la struttura sovraordinata.

Oggetto della valutazione

I titolari di incarichi gestionali (Direzione di Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale) sono sottoposti a valutazione in relazione ai risultati conseguiti e ai comportamenti organizzativi richiesti dal ruolo.

La valutazione comprende:

- verifica annuale della performance, correlata agli obiettivi assegnati;
- valutazione annuale comportamentale, orientata a monitorare competenze e modalità di esercizio della responsabilità;
- valutazione complessiva alla scadenza dell'incarico.

In particolare, la valutazione comportamentale considera, tra gli altri, aspetti quali capacità di programmazione, decisione, gestione dei collaboratori, orientamento ai risultati, problem solving, propensione all'innovazione e orientamento all'utenza.

Analoga impostazione valutativa è prevista per i titolari di incarichi di funzione del comparto, in coerenza con la relativa job description e con gli obiettivi assegnati.

L'ORGANIZZAZIONE ESISTENTE

Il territorio di competenza dell'ASL Napoli 1 Centro è articolato in **undici Distretti socio-sanitari**, di cui **dieci nel Comune di Napoli e uno nell'isola di Capri**, che costituiscono il riferimento organizzativo per l'assistenza territoriale e l'integrazione dei servizi.

Accanto alle strutture sanitarie pubbliche, operano sul territorio numerose **strutture sanitarie private accreditate** con il Servizio Sanitario Regionale, autorizzate all'erogazione di prestazioni **in regime di ricovero e/o ambulatoriale**, in coerenza con la programmazione regionale vigente.

L'assistenza ospedaliera è assicurata dai **Presidi Ospedalieri aziendali**, che garantiscono tutte le funzioni sanitarie rivolte a persone affette da patologie che **non possono essere adeguatamente trattate** nei servizi territoriali o a domicilio, nonché dalle strutture private accreditate e dagli Ospedali Classificati che concorrono, secondo programmazione regionale, all'erogazione delle prestazioni.

È inoltre garantita l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario mediante presidi dedicati presso gli istituti di detenzione presenti nel territorio aziendale, inclusa una specifica articolazione per la tutela della salute mentale in carcere, attivata a seguito della chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario precedentemente allocato presso la Casa Circondariale di Secondigliano.

Nei paragrafi che seguono sono riportati, in modo analitico, i Distretti Sanitari con i relativi ambiti territoriali, i Presidi Ospedalieri, le principali strutture accreditate e i presidi sanitari operanti presso gli istituti penitenziari.

DISTRETTI SANITARI

- **D.S. 24** – Chiaia, Posillipo, San Ferdinando
 - **D.S. 25** – Fuorigrotta, Bagnoli
 - **D.S. 26** – Soccavo, Pianura
 - **D.S. 27** – Vomero, Arenella
 - **D.S. 28** – Chiaiano, Piscinola, Marianella, Scampia
 - **D.S. 29** – Stella, San Carlo all'Arena
 - **D.S. 30** – Miano, Secondigliano, San Pietro a Patierno
 - **D.S. 31** – San Giuseppe, Porto, Montecalvario, Avvocata, Mercato, Pendino
 - **D.S. 32** – San Giovanni, Barra, Ponticelli
 - **D.S. 33** – San Lorenzo, Poggioreale, Vicaria, Zona Industriale
 - **D.S. 73** – Ambito territoriale dell'isola di Capri
-

PRESIDI OSPEDALIERI

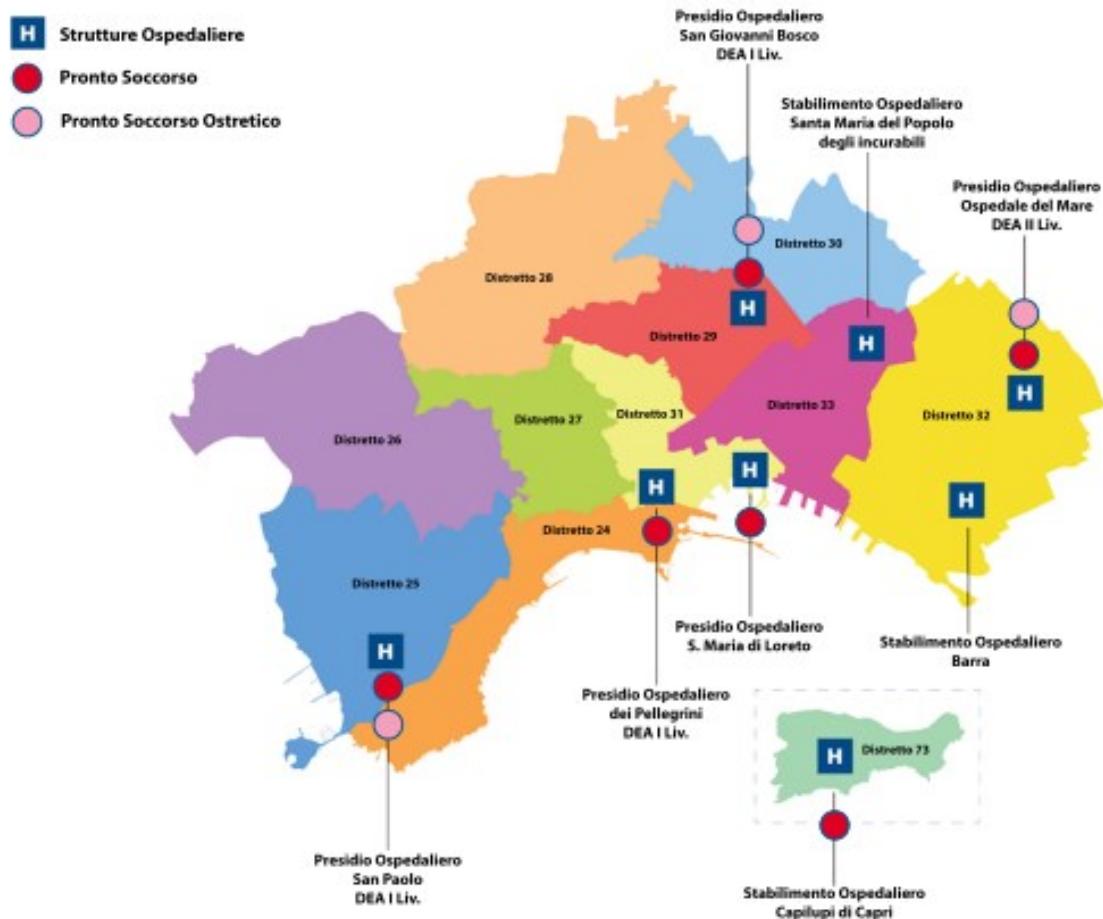
1. **Ospedale del Mare – D.E.A. II livello**
(con annesso *Stabilimento Ospedaliero Barra*)
 2. **San Giovanni Bosco – D.E.A. I livello**
(durante la pandemia trasformato in *Presidio Covid*)
 3. **Pellegrini – D.E.A. I livello**
(con annesso *Stabilimento Ospedaliero Santa Maria del Popolo degli Incurabili*, allo stato disattivato)
 4. **San Paolo – D.E.A. I livello**
 5. **Santa Maria di Loreto** – (durante la pandemia trasformato in *Presidio Covid*)
(con annesso *Stabilimento Capilupi di Capri con Pronto Soccorso*)
-

PRESIDI SANITARI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI

1. **Casa Circondariale Napoli Poggioreale** (*Casa Circondariale "G. Salvia"*)

2. **Centro Penitenziario Secondigliano Napoli** (*Centro Penitenziario "P. Mandato"*)
3. **Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere** presso il Centro Penitenziario Secondigliano Napoli
4. **Istituto Penale Minorile di Nisida**, con **Centro di Prima Accoglienza dei Colli Aminei**

MAPPA GEOGRAFICA E DISLOCAZIONE DEI DISTRETTI E DEI PRESIDI



I SERVIZI SANITARI EROGATI AI CITTADINI

I servizi sanitari erogati dall'ASL Napoli 1 Centro sono riconducibili, in via generale, alle seguenti tipologie:

- **prevenzione;**
- **assistenza specialistica ambulatoriale;**
- **assistenza ospedaliera**, inclusa l'attività di ricovero.

Nel territorio di competenza aziendale, l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero a carico del Servizio Sanitario Regionale è garantita **sia da strutture a gestione diretta** dell'ASL Napoli 1 Centro **sia da strutture sanitarie private accreditate**, in coerenza con la programmazione regionale e con gli accordi contrattuali vigenti.

Gli elenchi delle strutture presso cui sono erogate prestazioni a carico del SSR, unitamente ai principali dati di attività e alle tabelle di riepilogo, sono pubblicati e aggiornati sul Portale aziendale, nelle sezioni dedicate, a garanzia della **trasparenza** e della **tracciabilità dell'offerta sanitaria**.

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE ED OSPEDALI CLASSIFICATI

1. Casa di Cura **Ospedale Internazionale** – Napoli
2. **Alma Mater Villa Camaldoli** – Napoli
3. Casa di Cura **Villa Angela** – Napoli
4. Casa di Cura **Clinic Center** – Napoli
5. **Hermitage Capodimonte** – Napoli
6. Casa di Cura **Villa delle Querce** – Napoli
7. **Clinica Vesuvio** – Napoli
8. **Clinica Mediterranea** – Napoli
9. **Clinica S. Patrizia** – Napoli
10. Casa di Cura **Villa Cinzia** – Napoli
11. **Clinica Sanatrix** – Napoli
12. **Ospedale Evangelico Betania** – Napoli (*Ospedale Classificato*)
13. **Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli** – Napoli (*Ospedale Classificato*)

“Tali strutture concorrono alla garanzia dei LEA secondo il modello di rete definito dalla Regione”

LE STRUTTURE DELLA RETE DI OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI

L’UOS Flussi Informativi aziendale cura annualmente la rilevazione e la restituzione dei dati relativi alle **risorse strutturali**, all’**organizzazione dei servizi** e all’**attività assistenziale** delle strutture operanti nell’ambito **distrettuale e ospedaliero**, mediante i flussi informativi istituzionali previsti dalla normativa nazionale e dai successivi aggiornamenti.

Le elaborazioni prodotte in ambito aziendale riguardano, in particolare, **elementi strutturali** e **principali indicatori di produzione**, con riferimento a:

- strutture di ricovero **pubbliche e private** presenti sul territorio aziendale;
- strutture sanitarie **pubbliche e private accreditate**;
- strutture **sociosanitarie** convenzionate;
- strutture di riabilitazione **ex art. 26**;
- case di riposo convenzionate, limitatamente ai casi in cui sia presente una **componente sanitaria**.

L’attività delle strutture di ricovero è monitorata attraverso il flusso delle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)**; per eventuali approfondimenti si rinvia alle procedure regionali di riferimento (ARSAN).

I dati analizzati includono, inoltre, la dotazione di **posti letto** e i principali dati di attività del **Pronto Soccorso**, per le strutture a gestione diretta, accreditate e assimilate.

I report elaborati dalle Strutture competenti restituiscono un quadro descrittivo della **capacità di offerta** nei livelli di assistenza territoriale, ospedaliera ed emergenza–urgenza e risultano integrabili con ulteriori informazioni aziendali, regionali e ministeriali (LEA e altri flussi), consultabili nella **Mappa dei Flussi Informativi ASL Napoli 1 Centro**, pubblicata sul Portale “Amministrazione Trasparente”.

Presenza di ulteriori strutture sanitarie nel territorio

Nel territorio cittadino insistono, inoltre, strutture afferenti ad altre Aziende del SSR, la cui attività non rientra nella presente ricognizione, ma che contribuiscono in modo significativo all’offerta complessiva. In particolare:

- **Aziende Universitarie Ospedaliere (n. 2)**
 - Federico II (posti letto: 1.000 RO + 200 DH)
 - Vanvitelli (posti letto: 377)
- **Aziende Ospedaliere (n. 3)**
 - Santobono–Pausilipon (pediatrica) (posti letto: 340)
 - Cardarelli (posti letto: 850)
 - Colli (Monaldi–Cotugno–CTO) (posti letto: 922)
- **IRCCS (n. 1)**
 - Istituto “Pascale” (posti letto: 230)

Allegati al PIAO 2026–2028 - A supporto delle analisi descrittive e dei dati di contesto, si allegano al presente PIAO i seguenti report, redatti dalla Dr.ssa Anna Maria Puglia², Dirigente Sociologo UOC CUP - Flussi Informativi - LEA - PNE:

1. **Allegato 1 – Report Area Territoriale 2025 (dati di popolazione, struttura e attività)** - Il report riporta i principali dati di popolazione, le caratteristiche organizzative e strutturali dell'ASL Napoli 1 Centro, nonché i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche, aggiornati al **30/09/2025**.
Si precisa che la rilevazione dei dati di attività 2025 è **ancora in corso** e che i dati riportati sono da intendersi **non consolidati**.
2. **Allegato 2 – Report Area Territoriale e Area Ospedaliera 2024 (dati di struttura e attività – consolidati)**
- Il report contiene i dati di struttura e di attività relativi all'anno **2024**, in versione **consolidata**, già pubblicata sul Portale “Amministrazione Trasparente” nella sezione di competenza.

² I report pubblicati su amministrazione trasparenza sono a cura della Dr.ssa Anna Maria Puglia, Dirigente Sociologo UOC CUP - Flussi Informativi - LEA - PNE. Ulteriori informazioni sono disponibili sul portale ASL Napoli 1 Centro nell'area dedicata ai "Flussi Informativi" al seguente *link*:

https://aslnapoli1centro.portaleamministrazionetrasparente.it/contenuto7760_flussi-informativi_771.html

Le fonti informative considerate sono: Monitoraggio della Rete di assistenza Flusso NSIS D.M. 5 dicembre 2006 (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) - sistema di reportistica aziendale.

Informazioni qualitative e quantitative sull'Asl Napoli 1 Centro sono riportate con maggiore analiticità ed aggiornate sistematicamente sul portale aziendale al seguente *link*:

https://aslnapoli1centro.portaleamministrazionetrasparente.it/pagina771_accessibilit-e-catalogo-dei-dati-metadati-e-banche-dati.html

RAPPORTI CONVENZIONALI



Per garantire risposte assistenziali adeguate ai bisogni di salute della popolazione, l'ASL Napoli 1 Centro assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso un modello organizzativo integrato, basato su:

- **erogazione diretta**, mediante strutture e servizi aziendali;
- **erogazione indiretta**, mediante rapporti convenzionali e accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati accreditati, nel rispetto della programmazione regionale e del quadro normativo vigente.

I rapporti convenzionali e contrattuali possono essere instaurati, secondo competenze e ambiti di attività, con: Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e Universitarie, enti pubblici e soggetti non appartenenti al SSN, case di cura accreditate, strutture residenziali (es. RSA), strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978, specialisti ambulatoriali e professionisti della medicina convenzionata (MMG, PLS, Continuità Assistenziale ed Emergenza).

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, l'apporto dei soggetti accreditati costituisce una componente **integrativa e complementare** dell'offerta pubblica, finalizzata a garantire continuità assistenziale, copertura dei fabbisogni e rispetto dei livelli di attività programmati. Tale assetto si fonda su:

- programmazione e assegnazione di obiettivi quali-quantitativi;
- monitoraggio periodico di volumi e spesa;
- verifiche e controlli strutturati per assicurare appropriatezza, qualità e sostenibilità.

Le strutture e i professionisti accreditati concorrono inoltre alle reti cliniche integrate e all'attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), secondo regole regionali e standard previsti, anche in materia di sicurezza delle cure.

Con riferimento all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, oltre alla verifica dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, è prevista la valutazione dei requisiti di qualità e dell'assetto organizzativo necessari per operare per conto del SSR, con particolare attenzione a trasparenza, tracciabilità procedimentale, correttezza documentale e verificabilità delle decisioni.

Le fasi di autorizzazione e accreditamento istituzionale sono gestite dalla Regione Campania, che definisce annualmente funzioni, limiti di spesa, criteri di finanziamento e sistemi di controllo. Nel rispetto di tale quadro, l'ASL Napoli 1 Centro cura la gestione dei rapporti contrattuali e assicura un sistema di controllo interno finalizzato a prevenire anomalie gestionali e amministrativo-contabili, scostamenti non giustificati rispetto ai tetti assegnati, rischi di inappropriatezza e criticità rilevanti sotto il profilo della regolarità dell'azione amministrativa.

Per le strutture accreditate che erogano prestazioni in regime di ricovero, i controlli si articolano in:

- **verifiche contrattuali** (condizioni, volumi e limiti);
- **verifiche informatiche** (coerenza e completezza dei flussi);
- **verifiche contabili** (rendicontazione e liquidazioni);

- **verifiche di merito** (corretta codifica, appropriatezza e sostenibilità).

Il sistema dei controlli è strutturato su più livelli ed è improntato a criteri di rigore, tracciabilità e verificabilità. In coerenza con il principio delle rispettive competenze, le attività di verifica e controllo ricadono sulle Strutture aziendali titolari dei processi, ciascuna per il proprio ambito di responsabilità, assicurando la documentazione degli esiti e l'adozione tempestiva delle eventuali misure correttive.

Le strutture sanitarie pubbliche e accreditate dell'ASL Napoli 1 Centro, censite nella banca dati del Ministero della Salute (Fonte NSIS), sono consultabili sul Portale "Amministrazione Trasparente", nella sezione dedicata alle **Strutture sanitarie**³.

STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E ACCREDITATE ASL NAPOLI 1 CENTRO CENSITE ATTUALMENTE NELLA BANCA DATI DEL MINISTERO DELLA SALUTE (FONTE NSIS)

Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate operanti nel territorio dell'ASL Napoli 1 Centro sono censite nella banca dati del Ministero della Salute nell'ambito del **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**.

Il censimento è effettuato tramite il modello **STS.11** (dati anagrafici delle strutture), finalizzato alla costituzione dell'anagrafe annuale, con riferimento al **1° gennaio** dell'anno di rilevazione, delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e delle strutture sociosanitarie operanti in regime di convenzione.

Sono escluse dal modello STS.11:

- le attività di **ricovero**, rilevate tramite i modelli **HSP**;
- le strutture di **riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978**, rilevate tramite il modello **RIA.11**.

Le strutture censite sono classificate secondo criteri omogenei, in base alla tipologia di assistenza erogata, nelle seguenti macro-categorie:

- **Ambulatori e laboratori** (attività specialistiche cliniche, diagnostica e laboratorio);
- **Altre strutture territoriali** (es. centri distrettuali, consultori, CSM e strutture territoriali non riconducibili agli ambulatori);
- **Strutture residenziali** (es. RSA e strutture di assistenza residenziale);
- **Strutture semiresidenziali** (es. centri diurni e strutture con prestazioni in regime semiresidenziale).

L'elenco aggiornato delle strutture e dei centri operanti sul territorio è pubblicato sul Portale aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", nell'area dedicata alle **Strutture sanitarie**.

³ https://aslnapoli1centro.portaleamministrazionetrasparente.it/contenuto7767_strutture-sanitarie_771.html

AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

QUADRO ECONOMICO-FINANZIARIO⁴

In allegato il conto economico

⁴ A cura della U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE ⁵**ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE NEGLI ULTIMI DIECI ANNI
(IN MIGLIAIA DI EURO)**

SPESA ANNUA PER IL PERSONALE	SPESA ANNUA PER IL PERSONALE (espressa in migliaia di euro)
532.136.486,14	532.136
471.956.015,22	471.956
444.152.830,53	444.153
420.826.805,06	420.827
402.791.181,89	402.791
380.810.000,00	380.810
374.408.495,00	374.408
377.531.975,00	377.532
383.224.931,00	383.225
388.843.429,00	388.843
387.649.411,65	387.649
351.963.956,40	351.964
449.592.783,31	449.593
456.416.721,67	456.417
469.302.403,00	469.302 (*)

(*) proiezione al 30/09/2025

⁵ a cura della UO Trattamento economico del Personale (GRU)

UNITÀ E COSTO DEL PERSONALE CONVENZIONATO INTERNO ANNO 2024 e 2025 (fino al 30 giugno)⁶

ASL Napoli 1 Centro

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Anno Contratto-Qualifica	N. Medici	Importo complessivo
2024	650	102.785.729,10 €
MMG	544	84.897.018,25 €
TITOLARE	527	84.174.099,50 €
SOSTITUTO/PROVVISORIO	17	722.918,75 €
PLS	106	17.888.710,85 €
TITOLARE	101	17.623.910,63 €
SOSTITUTO	5	264.800,22 €
2025 (FINO A GIUGNO 2025)	652	46.591.228,27 €
MMG	549	39.112.593,57 €
TITOLARE	527	38.535.544,97 €
SOSTITUTO/PROVVISORIO	22	577.048,60 €
PLS	103	7.478.634,70 €
TITOLARE	100	7.426.462,10 €
SOSTITUTO	3	52.172,60 €

ASL Napoli 1 Centro

MEDICINA DEI SERVIZI

Anno - Qualifica	N. Medici	Importo complessivo
2024	11	285.595,39 €
TITOLARE	11	285.595,39 €
2025 (al 30.6.2025)	10	182.846,48 €
TITOLARE	10	182.846,48 €

⁶ Il dato riferito a tutto l'anno 2025 sarà disponibile a breve e verrà pubblicato sul Portale "Amministrazione Trasparente" [Home](#) » [Amministrazione trasparente](#) » [Personale](#) » Personale Convenzionato Interno.

ASL Napoli 1 Centro**CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ED EMERGENZA 118**

Anno - Contratto - Qualifica	N. Medici	TOTALE
2024	379	14.217.760,22 €
CONT. ASSIST.	356	12.144.122,74 €
SOSTITUTI/REPERIBILI	300	9.389.323,52€
TITOLARE	56	2.754.799,22 €
EMERGENZA 118	23	2.073.637,48€
SOSTITUTI/REPERIBILI	6	377.083,04 €
TITOLARE	17	1.696.554,44€
 2025 (AL 30.6.2025)	 376	 6.719.713,53 €
CONT. ASSIST.	357	5.899.631,09 €
SOSTITUTI/REPERIBILI	322	5.207.334,68 €
TITOLARE	35	692.296,41 €
EMERGENZA 118	19	820.082,44€
SOSTITUTI/REPERIBILI	3	25.923,60 €
TITOLARE	16	794.158,84 €

PROFESSIONISTI CONVENZIONATI INTERNI

DIVISI PER ANNO - CONTRATTO - QUALIFICA	Numero personale	Spesa Sostenuta
ANNO 2024	TOTALE N. 869	Totale: 94.225.540,86 €
Specialisti ambulatoriali + Veterinari:	Totale n. 768	87.911.123,03
Sostituto	44	839.785,67 €
Titolare	724	87.071.337,36 €
Professionisti (Biologi, Chimici e Psicologi) :	Totale n.101	6.314.417,77 €
Sostituto	29	309.148,66 €
Titolare	72	6.005.269,11€
ANNO 2025 (fino a giugno)	TOTALE N. 851	Totale: 40.319.647,57 €
Specialisti ambulatoriali + Veterinari:	Totale n.759	37.297.439,26 €
Sostituto	50	346.956,66 €
Titolare	709	36.950.482,60 €
Professionisti (Biologi, Chimici e Psicologi) :	Totale n. 92	3.022.208,31 €
Sostituto	14	118.500,57 €
Titolare	78	2.903.707,74 €

Quadro economico aziendale (PIAO 2026)

Il quadro economico dell'ASL Napoli 1 Centro rappresenta una sintesi delle principali voci di costo e degli elementi economico-gestionali rilevati a bilancio, utile a descrivere la struttura della spesa aziendale e la relativa composizione per macro-aggregati. In particolare, la tabella seguente riporta il valore della produzione e il dettaglio dei costi della produzione, articolati per categorie omogenee (acquisti di beni e servizi, personale, manutenzioni, ammortamenti, accantonamenti e ulteriori voci di bilancio), al fine di fornire un'informazione chiara e comparabile sull'andamento economico complessivo dell'Azienda.

voci di riferimento	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
valore della produzione	2.016.402.756	2.064.389.645	2.099.201.115	2.215.568.085	2.188.083.429	2.224.426.266	2.357.950.456
costi della produzione	2.035.078.548	2.074.090.239	2.092.816.578	2.183.832.268	2.202.237.141	2.233.014.613	2.349.904.189
altre voci di bilancio	60.503.440,74	40.241.390	50.595.379	70.104.561	15.084.255	4.631.768	8.016.868
totale costi	2.095.581.990	2.114.381.629	2.148.411.957	2.253.936.825	2.227.521.385	2.257.646.985	2.357.921.055
risultato d'esercizio	-79.179.233	-49.941.984	-44.210.842	-38.368.744	-29.237.966	-13.220.114	29.399
MACRO AGGREGATI COSTI DI BILANCIO	VALORE 2021	INC % SU TOT. COSTI	VALORE 2022	INC % SU TOT. COSTI	VALORE 2023	INC % SU TOT. COSTI	VALORE 2024
ACQUISTI DI BENI SANITARI	262.777.637,00	12%	263.138.927,02	12%	268.091.649,95	13%	305.905.317,70
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	4.945.016,00	0%	1.996.408,69	0%	2.627.358,38	0%	2.800.000,40
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	1.223.422.622,00	56%	1.241.474.703,15	56%	1.258.294.708,08	56%	1.274.101.279,56
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	118.778.183,00	5%	124.978.515,50	6%	108.747.676,63	5%	113.900.465,53
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	26.795.289,00	1%	27.307.394,18	1%	27.992.389,14	1%	35.352.380,77
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	16.707.397,00	1%	13.601.960,30	1%	12.379.611,79	1%	16.117.056,23
COSTI DEL PERSONALE	387.649.411,00	18%	389.369.512,14	18%	418.547.081,43	19%	456.416.721,57
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	9.131.452,00	0%	9.046.599,37	0%	6.495.117,66	0%	5.605.304,43
AMMORTAMENTI	53.323.473,00	2%	49.490.698,52	2%	46.731.886,03	2%	49.232.162,83
SVALUTAZIONE IMMOBILIZZAZIONE	5.000.000,00	0%	7.395.205,02	0%	5.265.673,45	0%	5.000.000,00
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	- 2.513.308,00	0%	2.643.817,76	0%	2.221.889,01	0%	2.364.397,37
ACCANTONAMENTI	77.875.083,00	4%	77.084.094,74	4%	59.195.320,39	3%	58.086.750,57
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	2.183.832.268,00	100%	2.202.297.140,87	100%	2.228.084.612,63	100%	2.349.904.199,12

Il Bilancio consuntivo 2024, comprensivo della Relazione sulla Gestione, della Nota Integrativa e degli schemi di bilancio (Stato Patrimoniale, Conto Economico e Rendiconto Finanziario), è allegato al presente PIAO e costituisce il riferimento documentale di dettaglio.

LA FOTOGRAFIA DEL PERSONALE OPERANTE NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO AL 31/12/2025						
PERSONALE DIPENDENTE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	TOTALE	% SUL TOTALE	COMANDO ENTRATA	COMANDO USCITA
MEDICI E VETERINARI	1190	81	1271	17%		3
DIRIGENTI SANITARI	294		294	4%		
ALTRI DIRIGENTI	84		84	1%		7
DIRETTORI	98		98	1%		
TOTALE DIRIGENTI	1666	81	1747			
INFERMIERI	2841		2841	38%		7
ALTRI COLLABORATORI SANITARI	713	1	714	10%		1
COLLABORATORI TECNICI E PROFESSIONALI	105	1	106	1%		
ALTRO PERSONALE SANITARIO	7		7	0,1%		
ALTRO PERSONALE TECNICO	290		290	4%		
ASSISTENTI SOCIALI	100		100	1%		
OPERATORI SOCIO SANITARI	826		826	11%		1
AMMINISTRATIVI	826		826	11%		2
TOTALE COMPARTO	5708	2	5710			
TOTALE GENERALE	7457					


AL 31 DICEMBRE 2025:
N. 1747 PERSONALE AREA DIRIGENZA
N. 5710 PERSONALE AREA COMPARTO

Studi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta



La georeferenziazione degli studi dei **Medici di Medicina Generale (MMG)** e dei **Pediatri di Libera Scelta (PLS)**, inclusa la localizzazione orientativa degli studi di prossima istituzione a seguito dell'assegnazione delle carenze, evidenzia una distribuzione **non uniforme** sul territorio. In particolare, gli studi dei MMG risultano maggiormente concentrati **nelle aree centrali e lungo i principali assi viari**.

In termini di copertura rispetto alla popolazione assistibile (al netto delle carenze), **12 quartieri su 30** presentano un numero di MMG adeguato (**almeno 1 ogni 1.300 assistibili**). Per i PLS, invece, la copertura risulta adeguata in **5 quartieri**, con almeno **1 pediatra ogni 880 assistibili**.

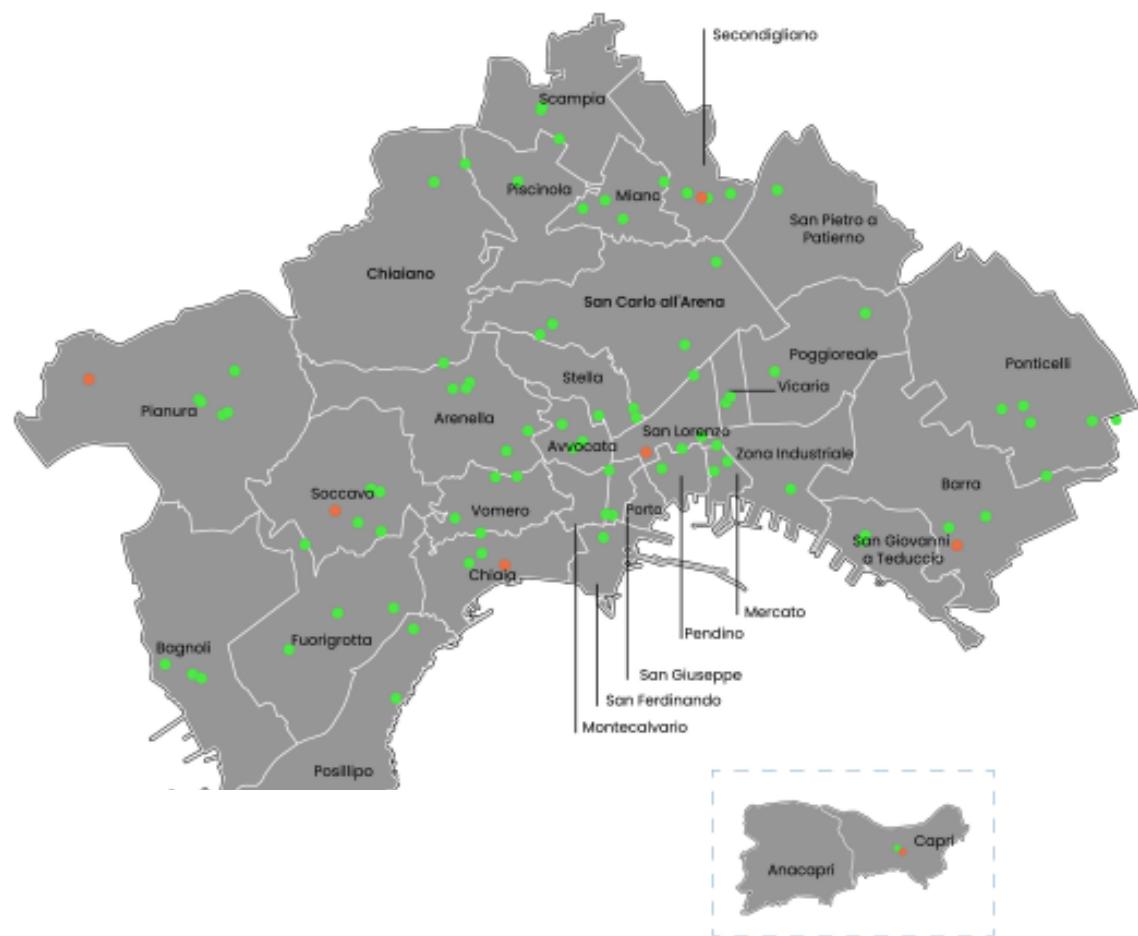


Figura 43. Studi di Pediatri di Libera Scelta

- Studi PLS di prossima istituzione
- Studi PLS

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

con sottosezioni:

1. Valore pubblico
2. Piano della Performance
3. Piano Rischi corruttivi e trasparenza
4. PNNR e Piano triennale per l'informatica

1. SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO

ARTICOLAZIONE DELLA SEZIONE “VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE”

La presente sezione del PIAO è articolata nelle seguenti sottosezioni di programmazione, tra loro strettamente integrate:

A) VALORE PUBBLICO

In tale ambito sono definiti:

- gli **obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi**, programmati in coerenza con i documenti di pianificazione sanitaria nazionale e regionale e con la missione istituzionale attribuita all’Azienda;
- gli **obiettivi specifici di valore pubblico**, intesi come risultati concreti e verificabili prodotti dall’azione dell’Azienda a beneficio diretto dei cittadini e della comunità di riferimento, in termini di:
 - tutela e miglioramento della salute;
 - equità di accesso ai servizi;
 - qualità, sicurezza e continuità delle cure;
 - riduzione delle diseguaglianze sanitarie e sociali;
- le azioni volte a garantire l’accessibilità universale ai servizi sanitari e amministrativi, con particolare attenzione alle persone anziane, alle persone con disabilità e ai soggetti in condizioni di fragilità, sia sotto il profilo fisico sia digitale;
- gli interventi di semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, finalizzati a ridurre oneri, tempi e complessità per cittadini e operatori, in coerenza con l’Agenda per la Semplificazione e con gli indirizzi di innovazione organizzativa e digitale.

B) PERFORMANCE

La sottosezione è predisposta ai sensi del Capo II del decreto legislativo n. 150/2009 ed è finalizzata alla programmazione degli obiettivi strategici e operativi dell’Azienda, nonché alla definizione dei relativi indicatori di performance, quale strumento di misurazione e monitoraggio del contributo effettivo dell’organizzazione al raggiungimento del valore pubblico.

C) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è orientata a garantire che la produzione di valore pubblico avvenga nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, trasparenza e corretto utilizzo delle risorse pubbliche, in attuazione della legge n. 190/2012 e delle indicazioni ANAC.

IL CONCETTO DI VALORE PUBBLICO PER UN’AZIENDA SANITARIA

Nel contesto di un’Azienda sanitaria, il **valore pubblico** non coincide con enunciazioni di principio, ma si traduce nella capacità concreta dell’organizzazione di produrre risultati utili, percepibili e misurabili per i cittadini, migliorando la qualità della loro vita e della loro salute.

Creare valore pubblico in sanità significa:

- garantire l’accesso effettivo e tempestivo alle cure, riducendo le diseguaglianze territoriali e sociali;
- assicurare qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni, lungo l’intero percorso di presa in carico;
- ridurre i tempi di attesa, semplificare l’accesso ai servizi e migliorare la chiarezza delle informazioni fornite ai cittadini;

- utilizzare le risorse pubbliche in modo responsabile e sostenibile, orientandole verso bisogni reali e risultati di salute;
- rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadini e istituzione sanitaria, attraverso trasparenza, correttezza amministrativa e ascolto dei bisogni.



In tale prospettiva, il cittadino non è considerato un mero destinatario di prestazioni, ma il **beneficiario finale delle politiche, delle scelte organizzative e dell'azione amministrativa** dell'Azienda.

Il valore pubblico, pertanto, si realizza quando le scelte strategiche, organizzative e gestionali dell'ASL Napoli 1 Centro producono **migliori esiti di salute, servizi più accessibili ed equi, processi più semplici e affidabili**,

contribuendo in modo misurabile al benessere complessivo della comunità.

VALORE PUBBLICO: ACCESSIBILITÀ INFORMATIVA E RELAZIONALE

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro considera il rapporto con i cittadini e con i loro rappresentanti un elemento centrale di **valore pubblico**, in quanto direttamente connesso alla qualità dei servizi, alla trasparenza dell'azione amministrativa e alla fiducia nei confronti dell'Istituzione.

In tale prospettiva, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) costituisce il principale punto di contatto tra l'Azienda e la cittadinanza. L'URP non è soltanto un servizio informativo, ma una **funzione strategica di comunicazione, ascolto e relazione**, finalizzata a garantire il diritto dei cittadini a essere informati, orientati e ascoltati, in coerenza con i principi di accessibilità, partecipazione e centralità della persona.

Contatti URP (canali di accesso)

Il Servizio è accessibile attraverso i seguenti canali:

- Telefono: 081 2549084 – 081 2549081 – 081 2549086 – 081 2549624
- Email: urpcentrale@aslnapoli1centro.it
- PEC: urpcentrale@pec.aslna1centro.it

Accoglienza in presenza

L'accoglienza in presenza costituisce una modalità essenziale di accesso ai servizi URP, in particolare per i cittadini che presentano difficoltà nell'utilizzo degli strumenti digitali, esigenze di supporto personalizzato o situazioni di fragilità che richiedono un contatto diretto e qualificato.

Funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico - L'attività dell'URP è orientata a garantire, in particolare:

- l'accoglienza e l'ascolto diretto dei cittadini, attraverso un contatto personale finalizzato a comprendere il bisogno espresso, fornire orientamento qualificato e accompagnare l'utenza nei percorsi di accesso ai servizi aziendali;
- l'esercizio dei diritti di informazione, accesso e partecipazione previsti dalla Legge n. 241/1990;
- l'orientamento dei cittadini nell'utilizzo dei servizi sanitari aziendali, mediante informazioni chiare su strutture, competenze, procedure e modalità di accesso;
- la raccolta e gestione di reclami, segnalazioni, richieste di chiarimento, suggerimenti ed elogi, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- il raccordo con le strutture aziendali competenti, al fine di favorire la risoluzione delle criticità segnalate e l'attivazione di azioni correttive;

Ascolto attivo e tutela delle persone fragili

L'URP svolge una funzione qualificata di **ascolto attivo**, accogliendo le istanze dei cittadini e accompagnandoli, ove necessario, nei percorsi di presa in carico da parte dei servizi aziendali. Particolare attenzione è riservata alle persone fragili, agli utenti ultrasessantacinquenni e alle persone con disabilità, attraverso attività di supporto telefonico e/o in presenza che vanno oltre la mera informazione e favoriscono un accesso più equo e consapevole ai servizi sanitari e distrettuali. Tale approccio contribuisce a ridurre le asimmetrie informative, prevenire situazioni di disagio e migliorare la qualità percepita dei servizi.

Accessibilità informativa e strumenti digitali

In coerenza con gli obblighi di trasparenza e accessibilità informativa, l'URP presidia e monitora le informazioni pubblicate sul sito aziendale, segnalando alle strutture competenti eventuali esigenze di aggiornamento o semplificazione, al fine di garantire contenuti chiari, comprensibili e facilmente consultabili. In raccordo con la UOC Informatizzazione e Transizione Digitale, l'Azienda ha attivato strumenti di accessibilità avanzata sul sito istituzionale, inclusa la pubblicazione dell'*Accessibility Statement* e funzionalità dedicate a utenti con disabilità sensoriali, cognitive o con specifiche esigenze. Nel quadro delle azioni di miglioramento, è inoltre previsto l'avvio sperimentale, a partire dal 2026, di strumenti digitali di supporto all'utenza (es. *chatbot informativi*), finalizzati a facilitare l'accesso alle informazioni e ai servizi, con particolare attenzione ai cittadini più vulnerabili.

Ascolto, mediazione e miglioramento continuo

L'URP svolge anche una funzione di **mediazione** nelle situazioni di criticità che possono emergere nel rapporto tra cittadini e servizi sanitari, favorendo il dialogo e una gestione preventiva dei conflitti. Le informazioni raccolte attraverso reclami, segnalazioni e rilevazioni di soddisfazione dell'utenza costituiscono un patrimonio informativo rilevante a supporto delle decisioni organizzative e delle azioni di miglioramento continuo.

Stato di attuazione

La misura è attiva e presidiata. Nel triennio 2026–2028 l'Azienda conferma l'impegno a rafforzare l'accessibilità informativa, il raccordo tra URP e strutture aziendali e l'utilizzo di strumenti digitali inclusivi, quali leve strategiche di tutela dei diritti, prevenzione delle criticità e rafforzamento del valore pubblico.

VALORE PUBBLICO: ACCESSIBILITÀ DIGITALE



L'accessibilità digitale rappresenta per l'ASL Napoli 1 Centro un ambito strategico di **valore pubblico**, in quanto l'accesso ai servizi online, alle informazioni sanitarie e alla documentazione amministrativa costituisce una componente sempre più rilevante del rapporto tra cittadino e Servizio Sanitario, anche in termini di equità, inclusione e riduzione delle disuguaglianze di accesso.

In coerenza con le indicazioni e le raccomandazioni formulate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'Azienda interpreta l'accessibilità digitale non solo come rispetto di requisiti tecnici, ma come **effettiva comprensibilità e semplicità di utilizzo dei servizi digitali**, anche per i cittadini meno avvezzi all'uso degli strumenti informatici.

In tale prospettiva, l’Azienda è impegnata nel:

- miglioramento progressivo dell’accessibilità del sito web istituzionale e dei servizi digitali, nel rispetto della normativa vigente e delle Linee guida AgID;
- **semplificazione e chiarezza dei contenuti digitali**, attraverso l’adozione di un linguaggio comprensibile, strutture di navigazione intuitive e percorsi informativi essenziali, idonei a favorire l’accesso anche da parte di cittadini con ridotte competenze digitali;
- promozione della fruibilità dei contenuti da parte di utenti con disabilità sensoriali, motorie e cognitive;
- rafforzamento delle competenze interne mediante iniziative formative e azioni di sensibilizzazione rivolte al personale coinvolto nella redazione e pubblicazione dei contenuti;
- sviluppo di strumenti operativi di supporto (format standard, indicazioni redazionali, check-list), finalizzati a garantire uniformità, qualità e semplicità dei contenuti pubblicati.

L’ASL Napoli 1 Centro intende inoltre valorizzare le opportunità offerte dai programmi di innovazione digitale e inclusione, anche attraverso la partecipazione a iniziative e finanziamenti dedicati, con particolare attenzione alle fasce più fragili della popolazione.

Prospettive di sviluppo

Le azioni descritte costituiscono la base di un percorso di miglioramento continuo che sarà progressivamente implementato dalle Strutture aziendali competenti. L’Azienda conferma l’impegno a monitorare nel tempo l’efficacia degli interventi adottati, anche mediante la raccolta di feedback e segnalazioni degli utenti, al fine di garantire servizi digitali sempre più accessibili, comprensibili e realmente utilizzabili.

Stato di attuazione

La misura è attiva e in progressivo consolidamento; permane l’esigenza di rafforzare l’uniformità redazionale dei contenuti digitali e la tracciabilità degli interventi di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi di inclusione, semplicità digitale e valore pubblico.

In tale prospettiva, la digitalizzazione dei servizi sanitari non si esaurisce nella disponibilità di strumenti tecnologici, ma richiede modelli organizzativi e informativi orientati alla semplicità, all’interoperabilità e alla misurabilità degli esiti, affinché l’innovazione digitale contribuisca in modo concreto a migliorare l’accesso alle cure, l’appropriatezza e la sostenibilità del sistema sanitario, riducendo le disuguaglianze e rafforzando il rapporto di fiducia tra cittadini e Servizio Sanitario.

VALORE PUBBLICO: COMUNICAZIONE

La comunicazione istituzionale rappresenta per l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro una leva strategica di valore pubblico, in quanto incide direttamente sulla capacità dei cittadini di conoscere i servizi disponibili, comprenderne le modalità di accesso e orientarsi in modo consapevole all’interno del sistema sanitario.

Una comunicazione chiara, aggiornata, correttamente posizionata e facilmente reperibile costituisce un presupposto essenziale per garantire equità di accesso, ridurre le disuguaglianze informative e rafforzare il rapporto di fiducia tra cittadino e amministrazione.

La Carta dei Servizi come strumento di orientamento e trasparenza

La Carta dei Servizi è il documento attraverso il quale l’Azienda descrive in modo semplice e trasparente i servizi sanitari erogati, le modalità di accesso, i diritti degli utenti e gli standard di qualità garantiti. Essa è concepita come uno strumento di orientamento pratico per i cittadini e come riferimento informativo anche per operatori sanitari, Medici di Medicina Generale, Comuni e associazioni di tutela.

A seguito della riorganizzazione aziendale, la Carta dei Servizi dell’ASL Napoli 1 Centro è stata integralmente aggiornata ed è pubblicata sul sito istituzionale e sul **Portale “Amministrazione Trasparente”, nella sezione:**

HOME » Amministrazione Trasparente » Servizi erogati » Carta dei Servizi e standard di qualità. Il documento è redatto nel rispetto della normativa nazionale di riferimento (D.P.C.M. 27 gennaio 1994 e D.P.C.M. 19 maggio 1995) e raccoglie in modo sistematico le informazioni essenziali sull'offerta ospedaliera e territoriale. La scelta di rendere la Carta disponibile in formato digitale consente un aggiornamento continuo dei contenuti, una consultazione immediata e una maggiore sostenibilità ambientale, favorendo al contempo l'accesso diffuso alle informazioni.

Il Portale aziendale come servizio pubblico digitale

Il Portale istituzionale dell'ASL Napoli 1 Centro costituisce il principale canale di comunicazione e informazione verso i cittadini ed è concepito come un vero e proprio servizio pubblico digitale. Il sito è sviluppato nel rispetto delle Linee guida per i siti web della Pubblica Amministrazione e delle indicazioni in materia di trasparenza, accessibilità e usabilità.

Particolare attenzione è dedicata:

- alla chiarezza del linguaggio e alla comprensibilità dei contenuti;
- all'aggiornamento costante delle informazioni;
- al corretto posizionamento delle informazioni rilevanti, al fine di renderle facilmente individuabili anche da utenti meno avvezzi all'uso degli strumenti digitali;
- alla accessibilità dei contenuti, in coerenza con i principi di inclusione e semplicità digitale.

In linea con le raccomandazioni ANAC, l'Azienda considera la qualità della comunicazione digitale non come un elemento accessorio, ma come parte integrante dell'effettiva fruibilità dei servizi e della prevenzione delle criticità organizzative e relazionali.

Comunicazione multicanale e integrata

Accanto al portale istituzionale, l'Azienda utilizza una pluralità di strumenti e canali di comunicazione – digitali e tradizionali – tra cui materiali divulgativi, comunicati stampa, social network, posta elettronica ed eventi informativi, al fine di garantire una diffusione capillare e coerente delle informazioni.

L'approccio adottato è di tipo integrato e coordinato, orientato a:

- assicurare uniformità dei messaggi;
- evitare frammentazioni informative;
- rafforzare la relazione di fiducia con i cittadini.

Obiettivi della comunicazione

Gli obiettivi strategici della comunicazione aziendale sono orientati a:

- garantire un'informazione chiara, corretta e tempestiva sull'organizzazione e sui servizi dell'Azienda;
- favorire l'orientamento dei cittadini e l'accesso consapevole ai servizi;
- promuovere la partecipazione e il coinvolgimento dell'utenza;
- assicurare trasparenza sull'azione amministrativa e sui risultati conseguiti;
- sostenere il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Particolare rilievo è attribuito anche alla comunicazione interna, intesa come strumento essenziale per la condivisione degli obiettivi, la diffusione delle informazioni organizzative e il rafforzamento del senso di appartenenza del personale, con ricadute positive sull'efficacia complessiva dell'azione aziendale.

Monitoraggio degli accessi al Portale “Amministrazione Trasparente”

A seguito di un monitoraggio conoscitivo condotto mediante apposito sistema di rilevazione degli accessi, sono stati analizzati i dati relativi alle visualizzazioni del Portale “Amministrazione Trasparente” dell'ASL Napoli 1 Centro.

*Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2025 e il 9 gennaio 2026 (data di rilevazione), il Portale ha registrato circa **218.000 accessi complessivi**, di cui **oltre 208.000 provenienti dal territorio nazionale**, mentre la restante quota risulta originata da accessi dall'estero.*

Il dato assume particolare rilievo se confrontato con l'anno precedente, nel quale il numero complessivo di accessi si attestava su circa 20.000 visite, evidenziando un incremento estremamente significativo nell'utilizzo del Portale e nella consultazione delle informazioni pubblicate.

Tale andamento costituisce un indicatore oggettivo del rafforzamento dell'effettività delle misure di trasparenza, attestando non solo la disponibilità formale dei dati, ma anche la loro concreta fruizione da parte dei cittadini e degli altri soggetti interessati. L'incremento degli accessi evidenzia, inoltre, un crescente interesse verso l'azione amministrativa dell'Azienda e un utilizzo sempre più consapevole degli strumenti di trasparenza messi a disposizione.

Il risultato conseguito conferma il ruolo della trasparenza quale strumento sostanziale di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in coerenza con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione e con gli obiettivi strategici declinati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), contribuendo al rafforzamento del rapporto di fiducia tra Amministrazione e collettività.

🔍 TRASPARENZA IN CIFRE

Monitoraggio degli accessi al Portale “Amministrazione Trasparente”

Indicatore	Valore rilevato
Periodo di riferimento	1° gennaio 2025 – 9 gennaio 2026
Accessi complessivi	circa 218.000
Accessi dal territorio nazionale	circa 208.000
Accessi dall'estero	quota residuale
Accessi anno precedente	circa 20.000
Variazione	incremento fortemente significativo

✓ L'incremento degli accessi evidenzia un utilizzo concreto e crescente del Portale, confermando l'effettività delle misure di trasparenza adottate dall'Azienda e il progressivo rafforzamento del rapporto informativo con cittadini, operatori e stakeholder.

🔒 La trasparenza si configura come presidio sostanziale di prevenzione della corruzione, in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione e con gli obiettivi del PIAO, superando una logica meramente formale di pubblicazione e orientandosi alla reale fruibilità dei dati.

↗ Il dato costituisce evidenza oggettiva ai fini:

- del monitoraggio delle misure di trasparenza;
- della Relazione annuale del RPCT;
- delle valutazioni ANAC sull'effettività degli obblighi informativi.

SOTTOSEZIONE “PIANO DELLA PERFORMANCE” ⁷



Premessa e assetto programmatico

La presente Sezione Performance è orientata alla tutela, al consolidamento e allo sviluppo del valore pubblico generato dall’Azienda, inteso come miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari, dell’efficacia dell’azione amministrativa e dell’equità nell’accesso alle prestazioni da parte della collettività di riferimento.

In coerenza con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e con le linee di indirizzo del Dipartimento della Funzione Pubblica, la Sezione Performance del PIAO costituisce parte integrante del sistema di programmazione aziendale e concorre a definire il quadro degli obiettivi strategici e operativi, degli indicatori e dei criteri di misurazione dei risultati.

Gli indirizzi strategici e le priorità di azione cui la presente Sezione si conforma sono definiti dalla **Direttiva del Direttore Generale**, che costituisce atto di indirizzo gestionale e orienta l’azione complessiva dell’Azienda.

In tale assetto programmatico, la **Direttiva orienta, il PIAO struttura, gli atti successivi attuano**, assicurando funzione di indirizzo, funzione di pianificazione integrata e funzione di gestione operativa, nel rispetto dei principi di misurabilità, sostenibilità e verificabilità dell’azione amministrativa.

Il PIAO, in quanto strumento unitario di pianificazione, recepisce tali indirizzi e li organizza in una cornice coerente e verificabile, rinviando il dettaglio attuativo degli obiettivi, degli indicatori e dei target ai successivi atti di programmazione e gestione, in coerenza con le risorse disponibili e con l’assetto organizzativo aziendale.

La programmazione della performance è pertanto improntata a criteri di essenzialità, sostenibilità e misurabilità e si fonda su:

- il recepimento delle direttive e degli indirizzi strategici;
- la definizione di obiettivi coerenti con le funzioni istituzionali dell’Azienda;
- l’individuazione di indicatori e risultati attesi, oggetto di successiva rendicontazione nella Relazione sulla Performance.

Tale impostazione consente di garantire coerenza, continuità e trasparenza dell’azione amministrativa, in linea con la logica di integrazione e semplificazione propria del PIAO e con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025.

⁷ Il contenuto della presente Sezione Performance è definito in coerenza e in attuazione degli indirizzi contenuti nella Direttiva del Direttore Generale n. 225 del 30.01.2026, che costituisce atto di indirizzo gestionale e riferimento strategico per la programmazione, l’attuazione e la valutazione delle attività aziendali. La Sezione recepisce tali indirizzi nell’ambito del PIAO, assicurando il raccordo tra obiettivi strategici, obiettivi operativi e sistema di misurazione e valutazione della performance. Il dettaglio attuativo degli obiettivi, degli indicatori e dei target è demandato ai successivi atti di programmazione e gestione, nel rispetto del ciclo della performance.



Architettura degli obiettivi di performance

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) adottato dall'ASL Napoli 1 Centro costituisce il riferimento metodologico unitario dell'intero ciclo della performance ed è finalizzato al miglioramento continuo della performance organizzativa e individuale, in coerenza con il decreto legislativo n. 150/2009.

Il SMVP è strutturato secondo una logica gerarchica e integrata, che assicura il raccordo tra indirizzo strategico, programmazione operativa, misurazione dei risultati e valutazione delle performance, articolandosi nei seguenti livelli:

- obiettivi strategici, di carattere generale e trasversale, definiti dalla Direttiva del Direttore Generale e condivisi con il Collegio di Direzione;
- obiettivi operativi, assegnati alle strutture organizzative aziendali (Dipartimenti, Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali, Presidi Ospedalieri e Distretti), coerenti con gli obiettivi strategici;

- obiettivi individuali, declinati in funzione delle responsabilità dirigenziali e del contributo del personale al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

Tale impostazione consente di rappresentare in modo organico e coerente il sistema di governo aziendale, garantendo la coerenza tra:

- obiettivi strategici aziendali;
- obiettivi operativi delle strutture;
- contributi individuali del personale;
- risultati attesi in termini di efficacia, efficienza e impatto sugli stakeholder.

La Direttiva del Direttore Generale costituisce pertanto il principale atto di indirizzo strategico del ciclo della performance e orienta i contenuti della presente Sezione Performance, mentre la puntuale definizione degli obiettivi operativi, degli indicatori, dei target e dei soggetti responsabili è demandata ai successivi atti di programmazione e gestione (budget, schede obiettivo e provvedimenti attuativi), nel rispetto della logica di integrazione, essenzialità e sostenibilità propria del PIAO.

La Direttiva del Direttore Generale n. 225 del 30.01.2026, quale atto di indirizzo strategico, è allegata al presente PIAO.

Gli obiettivi regionali

Una parte rilevante della programmazione strategica e operativa dell’Azienda discende dalla programmazione regionale, che annualmente assegna alle Aziende sanitarie obiettivi di salute e di funzionamento puntuali e misurabili. Tali obiettivi costituiscono il quadro di riferimento prioritario per l’azione aziendale e rappresentano un elemento centrale sia ai fini della valutazione delle attività svolte, sia ai fini del coordinamento tra politiche sanitarie regionali e programmazione aziendale.

Gli obiettivi strategici aziendali

Le linee strategiche aziendali sono definite prioritariamente sulla base delle disposizioni regionali, che individuano obiettivi di salute e di funzionamento finalizzati:

- a garantire elevati livelli di qualità dei servizi e appropriatezza delle prestazioni;
- a rafforzare il governo clinico e organizzativo;
- a promuovere l’efficienza, la sostenibilità e la razionalizzazione dei costi di produzione.

In coerenza con il quadro regionale di riferimento, l’Azienda individua altresì obiettivi strategici di rilevanza aziendale, integrativi rispetto a quelli assegnati dalla Regione, ritenuti prioritari per rispondere alle specificità del contesto territoriale e organizzativo e per assicurare un’offerta sanitaria efficace, equa e sostenibile. Gli obiettivi strategici sono tradotti annualmente in obiettivi operativi e in specifici piani di attività, formalizzati dalla Direzione Strategica e declinati attraverso il processo di budget, che si conclude ordinariamente nei primi mesi dell’anno. La declinazione operativa degli obiettivi, unitamente agli indicatori di risultato e ai target di riferimento, è definita nelle schede di budget concordate con le singole strutture aziendali, in coerenza con le risorse disponibili e con gli indirizzi programmati.

L’ALBERO DELLA PERFORMANCE:

L’albero della performance rappresenta la mappa logica dei legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d’azione dell’Azienda.

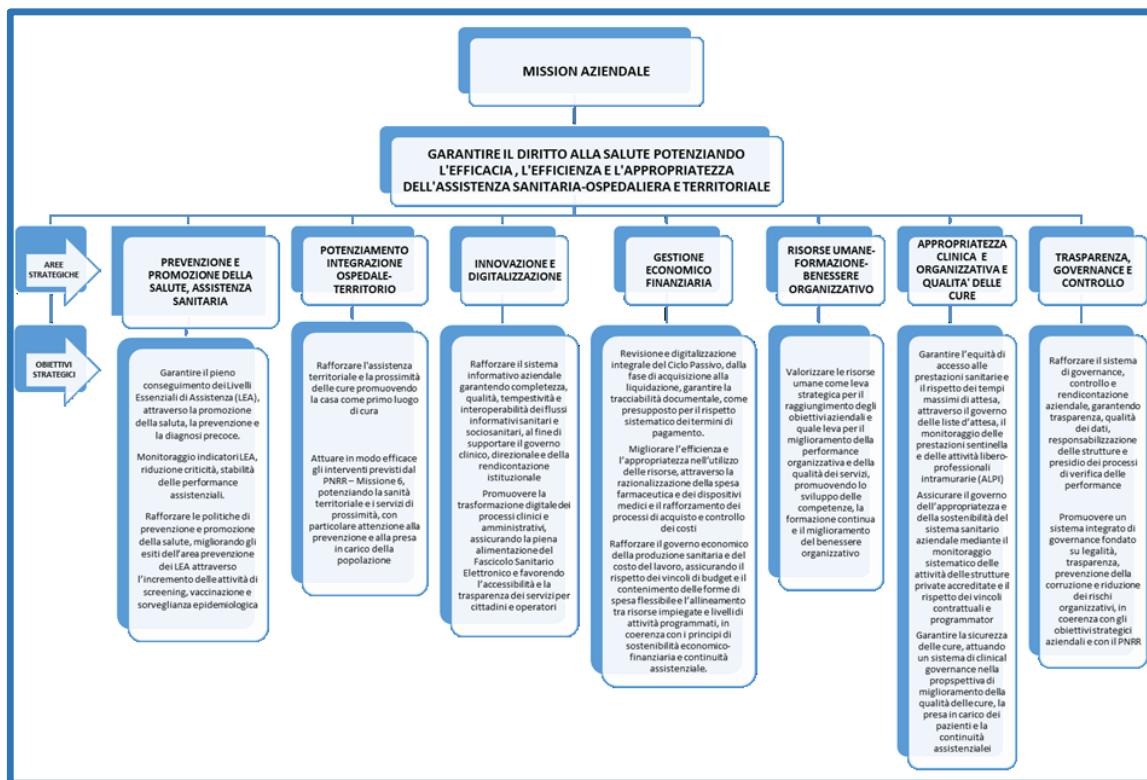
Esso costituisce uno strumento di sintesi e di integrazione della performance aziendale, con una duplice valenza:

- valenza comunicativa, in quanto rende esplicita e comprensibile all’esterno la strategia dell’Amministrazione;
- valenza tecnica, in quanto consente la “messa a sistema” delle principali dimensioni della performance e il raccordo tra indirizzo strategico, programmazione e azione amministrativa.

Le aree strategiche rappresentano le prospettive attraverso le quali si articolano e si rendono operativi il mandato istituzionale, la missione e la visione dell’Azienda. Ciascuna area strategica può riferirsi a insiemi omogenei di servizi, utenti, politiche o ambiti di intervento, ovvero a loro combinazioni.

La performance aziendale è articolata in sette Aree strategiche, che costituiscono gli assi prioritari del governo aziendale e il riferimento per:

- la definizione degli obiettivi strategici;
- l’individuazione delle azioni di intervento;
- il raccordo con la Relazione sanitaria e con la Direttiva del Direttore Generale, che ne dettaglia gli indirizzi e le priorità operative.



L’albero della performance rappresenta il collegamento tra mandato istituzionale, *mission* dell’Asl Napoli 1 Centro, obiettivi strategici e piani operativi.

OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici dell’Azienda per l’anno 2026 discendono dagli obiettivi assegnati dalla Regione Campania al Direttore Generale, ai sensi della DGRC n. 426 del 26 giugno 2025 e del DPGRC n. 95 del 7 agosto 2025, adottati rispettivamente in sede di nomina e di conferimento dell’incarico.

Tali obiettivi costituiscono il quadro di riferimento unitario per l’azione aziendale e per il ciclo della performance, assicurando coerenza tra programmazione regionale, indirizzo strategico della Direzione Generale e pianificazione operativa del PIAO.

Obiettivi di carattere generale

1. Raggiungimento dell’equilibrio economico dell’Azienda sanitaria, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e della sostenibilità complessiva del sistema.

2. Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Obiettivi specifici

3. Garantire il rispetto dei LEA attraverso il conseguimento degli standard previsti dal sottoinsieme "CORE" degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, con particolare attenzione alla continuità delle performance nel tempo e alla riduzione delle criticità rilevate nei monitoraggi nazionali e regionali.
4. Garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità delle prestazioni assistenziali definite prestazioni sentinella, sia in regime ambulatoriale sia di ricovero, assicurando il monitoraggio sistematico delle Attività Libero Professionali Intramurarie (ALPI), al fine di garantire equità nell'accesso, appropriatezza e trasparenza.
5. Assicurare la completa, continua e qualitativamente elevata alimentazione dei flussi informativi sanitari e sociosanitari (NSIS, FSE, flussi regionali e aziendali), nel rispetto delle specifiche tecniche, delle scadenze normative e degli standard di qualità del dato (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità), con responsabilità chiaramente assegnate alle strutture coinvolte.
6. Raggiungere gli obiettivi di produzione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in coerenza con i volumi e le tipologie previsti dal documento tecnico allegato alla DGR n. 420 del 6 agosto 2024 e s.m.i.

Obiettivi tematici e di sviluppo

7. Piena attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo la programmazione regionale, garantendo l'organizzazione funzionale e la razionalizzazione dei processi analitici e gestionali.
8. Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di tutti i documenti previsti dalla normativa nazionale e regionale, nel rispetto delle specifiche tecniche e delle tempistiche definite dal D.M. 23 dicembre 2019 e ss.mm.ii., nella percentuale stabilita.
9. Monitoraggio puntuale, sistematico e documentato delle attività e delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, in regime ambulatoriale, ospedaliero e sociosanitario, nonché del rispetto delle quote assegnate e dei vincoli contrattuali, al fine di garantire qualità, appropriatezza, equità di accesso e sostenibilità della spesa.
10. Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR – Missione 6, secondo quanto indicato dalla circolare MEF n. 2449 del 3 gennaio 2024.
11. Rispetto dei tempi di pagamento, in coerenza con la normativa vigente e con gli obiettivi di correttezza amministrativa e affidabilità dell'Ente.
12. Avvio dei processi finalizzati alla riduzione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici (ospedaliera e convenzionata) rispetto all'anno precedente.
13. Incremento della percentuale di consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, quale leva di digitalizzazione, integrazione dei percorsi di cura e miglioramento dell'accessibilità alle informazioni sanitarie.

In tale contesto, la Direzione Generale individua per l'anno 2026 specifiche priorità strategiche e programmate, finalizzate a tradurre la missione aziendale in indirizzi operativi coerenti con l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, con la programmazione nazionale e regionale e con i processi di riforma in atto, assicurando integrazione tra obiettivi di salute, sostenibilità economica, qualità dei servizi e innovazione organizzativa.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Performance organizzativa e performance individuale

Nella definizione degli obiettivi strategici e operativi l’Azienda adotta un processo di pianificazione a cascata, finalizzato a garantire coerenza e allineamento tra la missione istituzionale, le priorità strategiche e gli obiettivi da conseguire nel corso dell’esercizio.

Tale processo consente di esplicitare gli obiettivi strategici, definiti dalla Direzione Generale, che vengono successivamente declinati in obiettivi operativi, funzionali alla loro concreta attuazione da parte delle strutture aziendali.

Gli obiettivi operativi:

- sono riferiti a rilevanti aspetti quali-quantitativi dell’attività corrente;
- individuano le fasi di realizzazione degli obiettivi strategici nell’arco dell’anno di riferimento;
- sono corredati da indicatori di risultato idonei a consentire una misurazione puntuale e verificabile delle performance conseguite;
- sono associati a tempi certi di realizzazione, in coerenza con il ciclo della performance.

In coerenza con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) adottato dall’Azienda, la performance è articolata in due livelli tra loro strettamente interconnessi:

Performance organizzativa

La performance organizzativa misura la capacità dell’Azienda e delle singole unità organizzative di utilizzare in modo razionale, sostenibile e tempestivo le risorse disponibili per erogare servizi adeguati alle attese e ai bisogni degli utenti, contribuendo alla creazione di valore pubblico.

Essa è riferita:

- all’Azienda nel suo complesso e alle sue articolazioni organizzative (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri, Distretti, UU.OO.CC., UU.OO.SS.DD., UU.OO.SS., strutture in staff e linee di attività di particolare rilevanza);
- al livello di raggiungimento degli obiettivi operativi assegnati, valutato sulla base dei risultati conseguiti.

Performance individuale

La performance individuale riguarda sia il personale dirigente sia il personale del comparto ed è definita come l’insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti organizzativi agiti dal singolo nell’ambito dell’organizzazione, in conformità ai rispettivi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti.

Essa integra:

- il contributo al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa della struttura di appartenenza;
- l’eventuale conseguimento di obiettivi individuali specificamente assegnati;
- la valutazione delle competenze e dei comportamenti organizzativi.
- Il sistema di pesatura delle diverse componenti della performance individuale è definito dal SMVP ed è differenziato in funzione dei profili professionali e delle responsabilità ricoperte.

Una gestione efficace del processo di valutazione individuale consente:

- sul piano individuale, la valorizzazione delle competenze e delle capacità professionali, anche attraverso percorsi di sviluppo e crescita;
- sul piano organizzativo, il miglioramento complessivo delle performance aziendali e dei servizi erogati, nonché l’eventuale ripensamento di assetti e processi organizzativi.

PRIORITÀ STRATEGICHE PROGRAMMATORIE AZIENDALI – ANNO 2026

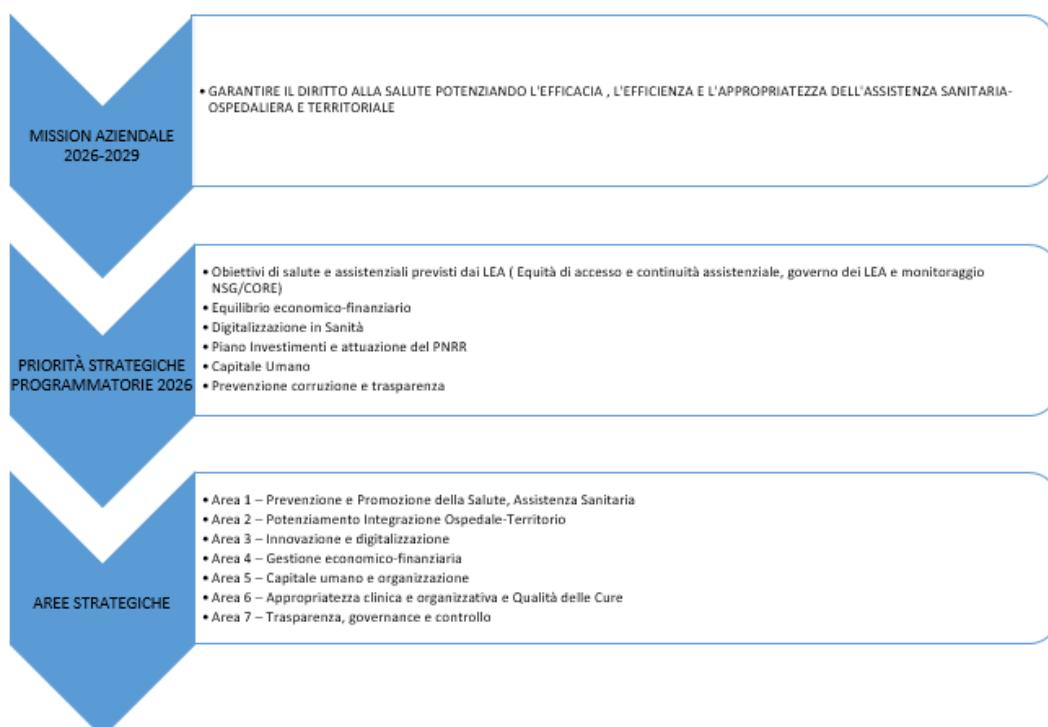
Le priorità strategiche programmatiche aziendali si articolano su più dimensioni e sono orientate a garantire un'allocazione equa ed efficiente delle risorse finanziarie, umane, digitali, strumentali, strutturali e tecnologiche, evitando sprechi e massimizzando il valore generato. In tale prospettiva, l'Azienda mira a conseguire i migliori outcome di salute possibili con le risorse disponibili, assicurando una distribuzione equa delle stesse e rafforzando, al contempo, la coesione sociale e la partecipazione della comunità ai processi di tutela della salute.

Inquadramento strategico nel processo di riforma del Servizio Sanitario Nazionale

Nel più ampio quadro del processo di evoluzione e riforma del Servizio Sanitario Nazionale, l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro orienta la propria programmazione strategica e gestionale al rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure offrendo servizi sanitari capaci di rispondere ai fabbisogni assistenziali dei cittadini. Il monitoraggio degli esiti assistenziali, attraverso l'analisi comparativa degli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), sarà uno strumento fondamentale per l'individuazione delle aree di criticità, per la riduzione della variabilità degli esiti e il miglioramento delle performance aziendali in rapporto ai benchmark nazionali.

Altresì, in coerenza con gli indirizzi nazionali e con le politiche di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso nuovi modelli organizzativi si intende garantire una maggiore uniformità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, limitare la mobilità sanitaria, ridurre le liste d'attesa, valorizzare l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e promuovere una più chiara e funzionale differenziazione dei ruoli e delle funzioni delle strutture sanitarie.

In questo contesto, le priorità strategiche individuate dalla presente Direttiva sono, pertanto, finalizzate a sostenere l'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali in una logica di integrazione dei percorsi di cura, continuità assistenziale e appropriatezza clinica e organizzativa, valorizzando il ruolo delle reti assistenziali, della sanità territoriale e dell'innovazione digitale e costituiscono il riferimento trasversale per l'azione delle strutture aziendali e per la declinazione degli obiettivi strategici e operativi, assicurando la coerenza tra Mission aziendale, programmazione nazionale e regionale, obiettivi assegnati al Direttore Generale e ciclo della performance per l'anno 2026.



Obiettivi di Salute e indirizzi assistenziali nei macro-livelli LEA

Rafforzare l'assistenza sanitaria e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure costituisce un obiettivo prioritario della programmazione aziendale per l'anno 2026. L'Azienda orienta l'erogazione dell'assistenza alla centralità della persona e dei suoi bisogni di salute, garantendo equità di accesso, presa in carico globale e percorsi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Tale impostazione è finalizzata a promuovere un assetto complessivo più omogeneo sul territorio aziendale, capace di assicurare una equa proporzionalità degli interventi nei tre macro-livelli di assistenza definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza (Prevenzione, Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera).

In coerenza con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), con il monitoraggio dei LEA e con gli indirizzi nazionali e regionali di programmazione sanitaria, la presente Direttiva individua, per l'anno 2026, i principali ambiti di intervento strategico nei tre macro-ambiti sanitari, che costituiscono altresì i riferimenti fondamentali per la valutazione delle performance di salute del Servizio Sanitario Nazionale.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'Area della Prevenzione rappresenta un asse strategico prioritario della programmazione aziendale, in coerenza con il rafforzamento delle politiche di prevenzione collettiva e di promozione della salute, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali e delle risorse stanziate dalla normativa di bilancio. La legge di Bilancio 2026 prevede specifici stanziamenti per il potenziamento delle attività di prevenzione, inclusi i programmi di contrasto alle dipendenze patologiche, gli screening precoci e le campagne vaccinali.

In tale ambito assume priorità massima il rafforzamento dei programmi di prevenzione primaria e secondaria con particolare attenzione alle fasce di popolazione più esposte a rischio. Le iniziative saranno orientate:

- all' incremento dell'adesione agli screening oncologici organizzati;
- al contrasto all'esitazione vaccinale attraverso interventi informativi e di sensibilizzazione;
- alla promozione di corretti stili di vita salutari ed al contrasto ai principali fattori di rischio ed alla prevenzione universale delle malattie cronico degenerative;
- al rafforzamento della raccolta e l'analisi dei dati epidemiologici, ai programmi di sorveglianza;
- contrasto all'antibiotico-resistenza e promozione dell'uso appropriato degli antibiotici, attraverso protocolli condivisi, monitoraggio dei consumi e delle resistenze, audit prescrittivi e azioni formative, in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali;
- all'incremento di azioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro con l'adozione di protocolli di vigilanza, formazione obbligatoria e continua per operatori su prevenzione infortuni e patologie professionali e monitoraggio finalizzati a prevenire infortuni e patologie professionali.

Salute mentale e Dipendenze

Interventi in materia di **Salute Mentale** e di contrasto alle Dipendenze patologiche costituiscono ambiti prioritari e strettamente interconnessi dell'azione preventiva aziendale, in coerenza con il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANS) 2025–2030 e con gli indirizzi del Ministro della Salute per l'anno 2026. L'Azienda adotta un approccio integrato e multidimensionale che supera il modello esclusivamente clinico, valorizzando la prevenzione, la promozione del benessere psicologico, l'inclusione sociale e la presa in carico globale della persona, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili, quali infanzia, adolescenza e giovani adulti.

La promozione di sani stili di vita – attraverso l'adozione di comportamenti salutari, la diffusione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione – costituisce un elemento trasversale e irrinunciabile delle politiche di prevenzione, in una logica intersetoriale volta a ridurre il rischio di insorgenza del disagio psichico e delle patologie croniche non trasmissibili, favorendo il benessere lungo tutto l'arco della vita.

Sono prioritarie:

- l'attivazione di programmi di prevenzione primaria e di intercettazione precoce del disagio psichico, con particolare attenzione all'età evolutiva;
- l'attivazione di protocolli per identificare precocemente i disturbi dello spettro autistico, potenziare reti territoriali, promuovere inclusione,
- lo sviluppo di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione e strumenti digitali di supporto;
- il rafforzamento dell'integrazione tra servizi sanitari, sociali, scolastici e terzo settore;
- il potenziamento dei servizi territoriali di salute mentale, favorendo percorsi di cura personalizzati, multidisciplinari e orientati alla continuità assistenziale, nonché alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili;
- il rafforzamento della continuità dei percorsi di presa in carico tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e i servizi per l'età adulta.

In stretto raccordo alla salute mentale, le **Dipendenze** patologiche rappresentano un ulteriore ambito prioritario dell'azione preventiva aziendale. L'Azienda, in linea con l'atto di indirizzo del Ministero della Salute 2026, promuove interventi integrati di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, con particolare attenzione alle dipendenze da sostanze e da comportamenti (con particolare riferimento al gioco d'azzardo patologico), attraverso:

- programmi di prevenzione mirata e interventi educativi;
- azioni coordinate con i servizi territoriali, scolastici e comunitari;
- rafforzamento dei percorsi di presa in carico multidisciplinare e di inclusione sociale;
- l'introduzione della telemedicina ed il potenziamento della prevenzione con screening attività di screening e valutazione precoce;
- il potenziamento del ruolo dei Servizi per le Dipendenze (SerD) anche ai fini della raccolta sistematica dei dati relativi alle persone con dipendenze e ai comportamenti a rischio.

L'integrazione tra servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze costituisce elemento strategico per garantire risposte appropriate e continuative a bisogni complessi, ridurre la frammentazione degli interventi e migliorare gli esiti di salute, in particolare nelle fasce di popolazione più esposte a vulnerabilità psicosociali.

Assistenza Territoriale

L'assistenza in ambito Territoriale è orientata alla promozione di una più stretta integrazione tra ospedale e territorio, anche attraverso la realizzazione degli interventi del PNRR, al fine di garantire una maggiore soddisfazione dei bisogni sanitari dei cittadini.

Le priorità strategiche includono:

- il rafforzamento dei servizi di prossimità, della presa in carico globale della persona e della gestione della cronicità, in coerenza con il DM 77/2022 e con gli interventi previsti dal PNRR Missione 6, ossia attraverso lo sviluppo delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali garantendo il coordinamento dei professionisti e dei servizi nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere). In particolare attraverso la valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità si vuole promuovere ogni iniziativa utile alla piena attuazione della riforma territoriale in atto, caratterizzata da un modello di presa in carico proattiva del paziente, negli interventi sia di prevenzione che di diagnosi e cura, sia di integrazione e continuità dell'assistenza nei diversi setting, compreso l'ambito dell'emergenza- urgenza;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI) con particolare riferimento alla popolazione over 65, sviluppando servizi di telemedicina ed integrati con avanzati sistemi digitali sanitari e puntando su modelli centrati sulla persona, per fragili e cronici, attraverso dimissioni protette e cure intermedie;
- il governo delle liste di attesa e il rispetto dei tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità per le prestazioni sentinella, proseguiranno le azioni messe in campo per l'implementazione delle disposizioni previste dal decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 e per l'attuazione di quanto previsto dal Piano Nazionale

di Governo delle Liste di Attesa, aggiornato per il triennio 2025-2027 che individua come principali assi tematici il governo della domanda (analisi del fabbisogno), l'attenzione rivolta agli strumenti di appropriatezza prescrittiva ed il potenziamento dell'offerta;

- l'aggiornamento dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ovvero raggiungimento degli obiettivi di produzione definiti nei volumi e nelle tipologie indicate dal documento tecnico allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 420 del 6 agosto 2024 s.m.i., per branche ad alta domanda (cardiologia, oncologia, endocrinologia, gastroenterologia) con l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati (PDTI);
- la garanzia dell'efficienza e della sostenibilità economica del sistema dell'offerta laboratoristica pubblica, migliorando l'accesso equo alle prestazioni diagnostiche attraverso l'attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.

Con il potenziamento dell'assistenza territoriale si produrranno benefici positivi anche sull'assistenza ospedaliera, in quanto si contribuirà in modo significativo alla decongestione dei pronto soccorso grazie alla gestione precoce e continuativa delle patologie croniche, rendendo così più funzionale la sinergia tra territorio e ospedale.

Assistenza Ospedaliera

L'Area dell'Assistenza Ospedaliera è orientata al miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure, le azioni previste sono rivolte a:

- a garantire i tempi massimi di attesa stabiliti per ogni livello di priorità delle prestazioni assistenziali definite sentinella in regime ospedaliero mantenendo un monitoraggio delle attività libero-professionali intramurarie (ALPI);
- a monitorare le prestazioni di ricovero in modalità ex ante, secondo le indicazioni elaborate dal ministero della salute a seguito della conclusione della sperimentazione condotta all'interno del progetto di ricerca nazionale "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati;
- al miglioramento degli esiti clinici e la riduzione della variabilità ingiustificata delle performance;
- all'ottimizzazione dei percorsi ospedalieri e l'integrazione con l'assistenza territoriale;
- alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso attraverso percorsi territoriali strutturati;
- ad individuare azioni di miglioramento necessarie a evitare eventi avversi di particolare gravità e volte a verificare le criticità organizzative e di gestione del Rischio clinico ed azioni di controllo continuo in tema di sicurezza delle cure, attraverso il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in attesa del rilascio da parte del ministero della salute del Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES);
- al monitoraggio dell'organizzazione del triage intraospedaliero, dell'osservazione breve intensiva e delle misure per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, in conformità alle indicazioni della DGR n. 37 del 05/02/2025. A tal fine, saranno controllati gli indicatori e gli standard di riferimento, al fine di assicurare elevati livelli di efficienza e qualità.

Monitoraggio degli esiti e governo delle performance (trasversale alle tre aree)

Il monitoraggio sistematico degli esiti assistenziali e delle performance aziendali, attraverso l'analisi integrata degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Programma Nazionale Esiti (PNE), costituisce un elemento strutturale e trasversale dell'azione di governo dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, comune ai tre ambiti sanitari della prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera.

In tale prospettiva, l'Azienda orienta la propria programmazione e gestione al miglioramento continuo della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso l'utilizzo

sistematico delle evidenze informative a supporto dei processi decisionali, del governo clinico e della valutazione delle performance organizzative.

Condizione essenziale per il conseguimento di tali finalità è l'assicurazione della completa, continua e tempestiva alimentazione dei flussi informativi sanitari e sociosanitari costituenti debito informativo (NSIS, flussi regionali e aziendali), nel rispetto delle specifiche tecniche, delle scadenze normative e degli standard di qualità del dato (accuratezza, coerenza, tempestività e integrità) e della completa digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti digitali richiesti dal livello centrale. Tale attività rappresenta presupposto indispensabile per il monitoraggio degli esiti assistenziali, la verifica dei livelli di assistenza e la misurazione delle performance aziendali.

L'Azienda prevede inoltre specifiche azioni finalizzate al contrastò della mobilità sanitaria non fisiologica, attraverso il monitoraggio costante della piattaforma nazionale e l'analisi dei flussi interregionali, in linea con eventuali accordi bilaterali della regione Campania. Tali azioni sono orientate a garantire un accesso più equo e trasparente alle cure, a rafforzare i servizi di prossimità e a contenere i costi sociali ed economici a carico dei cittadini.

In coerenza con tali indirizzi, particolare attenzione è dedicata al potenziamento del monitoraggio delle strutture private accreditate, mediante un controllo sistematico, puntuale e documentato delle attività e delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero e sociosanitario. Il monitoraggio è finalizzato alla verifica del rispetto delle quote assegnate, dei vincoli contrattuali, dei tempi di attesa, dei livelli di appropriatezza e dell'impatto sulla spesa sanitaria, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con i modelli organizzativi definiti dal D.M. 77/2022.

Il rafforzamento delle attività di monitoraggio e controllo del sistema integrato pubblico–privato concorre, pertanto, all'ottimizzazione dell'efficienza complessiva del sistema sanitario aziendale, al contenimento della spesa impropria e al miglioramento della qualità e dell'equità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Al fine di perseguire l'obiettivo di ridurre il valore della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, L'Azienda intende avviare azioni trasversali di razionalizzazione e governance, avvalendosi anche delle indicazioni della legge di bilancio 2026 e della determinazione AIFA 1/2026 che impongono un taglio obbligatorio del 5% sui prezzi di molti medicinali

Equilibrio economico-finanziario

L'equilibrio economico-finanziario costituisce la condizione essenziale per garantire la continuità e la qualità dei servizi sanitari erogati alla popolazione, e rappresenta, in quanto tale, un obiettivo di carattere generale assegnato al Direttore Generale all'atto della sua nomina.

Il mantenimento nel tempo di tale equilibrio, in continuità con i risultati conseguiti negli esercizi contabili precedenti, costituisce un obiettivo prioritario dell'Azienda ed è perseguito attraverso il rispetto dei tempi di pagamento, una puntuale programmazione economica, il controllo sistematico della spesa, il costante allineamento tra le risorse disponibili e i fabbisogni assistenziali, nonché il monitoraggio continuo dei risultati di bilancio e dei flussi di cassa, al fine di prevenire situazioni di disavanzo e garantire la sostenibilità nel medio-lungo periodo.

Il corretto governo economico-finanziario è assicurato mediante l'attuazione di un sistematico e continuativo controllo sulla puntuale applicazione delle vigenti procedure amministrativo-contabili.

In tal senso l'Azienda riserva particolare attenzione a:

- ciclo passivo e tempi di pagamento, con specifico riferimento alla fase di liquidazione delle fatture passive da parte dei punti ordinanti e all'attuazione delle indicazioni operative diramate dal MEF–RGS con Circolare n. 1 del 3 gennaio 2024 (prot. 2449), finalizzate alla riduzione dei tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni. Tali azioni consentono il presidio dell'indice di tempestività dei pagamenti e il conseguimento degli obiettivi previsti dagli interventi a titolarità del Ministero della Salute di cui alla Missione 6 del PNRR;

- fondi per la contrattazione decentrata, provvisoriamente determinati per gli anni 2024 e 2025 con provvedimenti del Direttore Generale del 3 gennaio 2025 (delibere n. 1 per l'Area Comparto e n. 13 per l'Area Dirigenza Sanitaria e Professionale, Tecnica ed Amministrativa), nonché della relativa destinazione definita per l'Area Comparto dal Contratto Collettivo Integrativo Aziendale sottoscritto in data 21 luglio 2025. In tale prospettiva, al fine di prevenire sforamenti, viene stabilito per l'anno 2026, in una logica di programmazione budgetaria, un vincolo alla spesa per lavoro straordinario del personale del comparto, articolato per ciascuna macro-struttura aziendale;
- ricorso all'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive, di cui all'art. 89 del CCNL Area Sanità 2019-2021, quale strumento volto a garantire la continuità assistenziale e l'erogazione dei LEA, in particolare negli ambiti maggiormente esposti a criticità di personale (Emergenza-Urgenza, Anestesia, Rianimazione, Reti tempo-dipendenti), nel rispetto dei limiti normativi previsti dal comma 9 del medesimo articolo. In tale direzione, e sempre in una logica di governo budgetario, per l'anno 2026 è prevista una riduzione percentuale dei costi sostenuti nell'anno 2025 per la corresponsione dei relativi emolumenti al personale dirigente medico;
- monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate e del valore della produzione attraverso l'assegnazione alle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri di un obiettivo finalizzato al miglioramento di un indice di produttività, ottenuto dal rapporto tra il valore delle prestazioni sanitarie erogate (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e attività ambulatoriali interne) e i costi connessi al consumo dei relativi fattori produttivi;
- riduzione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici (ospedaliera e convenzionata) rispetto all'anno precedente, mediante la definizione e l'assegnazione di obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di contenimento della spesa, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e delle strutture aziendali interessate. Tali azioni saranno supportate dall'intensificazione delle attività della Commissione per l'Appropriatezza in ambito farmaceutico e dal potenziamento delle funzioni di verifica e controllo del Nucleo Operativo di Controllo aziendale, nel rispetto delle misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica per acquisti diretti approvate dalla Regione Campania con DGRC n. 245 del 6 maggio 2025.

A tali interventi si affianca il percorso di informatizzazione dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari di Base nella gestione dei magazzini centrali e di reparto/ambulatorio, mediante l'integrazione di tecnologie per l'inventario, la distribuzione e la sicurezza dei beni sanitari.

La predisposizione di una nuova scheda di budget riepilogativa, recante le informazioni relative alla consistenza del personale dipendente e convenzionato, alle prestazioni sanitarie erogate, nonché ai costi connessi ai fattori produttivi, ha consentito all'Azienda di definire un sistema di monitoraggio maggiormente strutturato e avanzato, idoneo a rappresentare in modo integrato sia il volume delle prestazioni sanitarie assicurate dalle strutture aziendali sia il correlato impiego delle risorse disponibili. Tale sistema di monitoraggio si è rivelato elemento essenziale a supporto dei processi di negoziazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi aziendali.

Digitalizzazione in sanità

Al fine di ottimizzare il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali dei pazienti e di elevare i livelli qualitativi e di accessibilità delle prestazioni sanitarie, la sanità digitale riveste un ruolo strategico centrale nell'azione di governo.

L'Azienda ha già completato con successo l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la cui piena valorizzazione rappresenta una priorità anche per l'anno 2026. In tale prospettiva, si intende promuovere un'intensa campagna informativo-culturale finalizzata all'incremento del numero di consensi alla consultazione del FSE da parte dei cittadini, presupposto essenziale per l'accesso ai benefici derivanti dall'utilizzo integrato dei dati sanitari, nonché all'ampliamento della tipologia e della completezza dei documenti digitalizzati. Parallelamente, l'Azienda è impegnata a rafforzare la fiducia degli utenti, superando eventuali criticità legate alla percezione della tutela dei dati personali, anche attraverso una comunicazione chiara e trasparente. A tal fine, saranno attivati percorsi formativi specialistici dedicati all'aggiornamento digitale dei Medici di Medicina Generale.

Particolare attenzione è riservata allo sviluppo e alla diffusione della telemedicina, quale strumento strategico per ampliare l'offerta di prestazioni sanitarie a distanza, con prioritario riferimento ai pazienti affetti da patologie croniche. L'impiego strutturato della telemedicina contribuirà in modo significativo al potenziamento dell'assistenza domiciliare, favorendo l'interazione remota tra medico e assistito e concorrendo al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare in relazione all'incremento del numero di soggetti over 65 presi in carico in regime di assistenza domiciliare, anche mediante l'utilizzo di strumenti digitali. Sarà proprio il Potenziamento della capacità di raccolta, analisi e diffusione dei dati a livello centrale a supportare alla diffusione della telemedicina.

Nell'ottica di miglioramento dell'efficienza dei livelli assistenziali, l'adeguamento delle strutture e dei modelli organizzativi agli standard internazionali di sicurezza, proseguiranno gli interventi di ammodernamento tecnologico. Tali interventi comprenderanno l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate, nonché il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche. Nel corso dell'ultima fase del 2025, l'ASL Napoli 1 Centro ha completato il consolidamento dell'ecosistema dei dati sanitari mediante la migrazione sul Polo Strategico Nazionale, infrastruttura cloud, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), in qualità di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale. È altresì previsto l'avvio dell'applicazione IO per l'interazione digitale con i cittadini.

Infine, si riserva particolare attenzione al rafforzamento dei livelli di cybersicurezza. Le azioni di trasformazione e evoluzione digitale saranno accompagnate da interventi specifici in materia di cybersicurezza, idonei a garantire elevati standard di robustezza e resilienza dei sistemi e dei servizi digitali. Tali misure saranno dirette a contrastare attacchi informatici mirati all'acquisizione di dati sanitari, estorsioni economiche, interruzioni di servizio e altre forme di criminalità informatica, fenomeni sempre più diffusi nei confronti di target del settore sanitario.

Piano Investimenti e attuazione del PNRR

Il percorso di ristrutturazione e potenziamento del patrimonio sanitario dell'Azienda prosegue attraverso l'attuazione dei programmi pluriennali di investimento in materia di edilizia sanitaria finalizzati alla ristrutturazione e all'ammodernamento del patrimonio edilizio e tecnologico delle strutture sanitarie.

In tale ambito proseguono anche gli interventi edilizi relativi agli interventi previsti dalla linea 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC), previsti nell'ambito della Componente 2 della Missione 6 "Salute" del PNRR.

Sono in corso inoltre gli interventi PNRR – Missione Salute- Componente 1 – Investimento 1.1. Case di Comunità e Intervento 1.3 Ospedali di Comunità che prevedono l'attivazione delle prime quattro case di comunità entro il 31 gennaio 2026.

L'Azienda, con delibere n. 2265 del 28 novembre 2025 e n. 2399 del 15 dicembre 2025, ha adottato il Pro-gramma triennale degli investimenti aziendali per il triennio 2026–2028 con il quale, nel rispetto delle disposizioni stabilite dalla Regione Campania e assicurando il mantenimento dell'equilibrio finanziario, ha pianificato interventi edilizi straordinari per l'anno 2026 per un importo complessivo pari a 16 milioni di euro, di cui 8,7 milioni di euro a valere su fondi di Bilancio Aziendale e 7,3 milioni di euro a valere su fondi di finanziamento regionali e/o statali e/o comunitari.

Il dettaglio delle opere oggetto degli interventi è rappresentato negli allegati delle sopramenzionate deliberazioni.

Con il citato documento programmatico, l'Azienda ha indirizzato, in coerenza con la pianificazione strategica aziendale e con gli indirizzi regionali e nazionali, gli interventi di investimento necessari a garantire il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'efficienza dei servizi sanitari, l'ammodernamento delle strutture e delle tecnologie, la messa a norma del patrimonio aziendale, la sostenibilità gestionale e l'adeguamento dell'offerta sanitaria ai bisogni di salute della popolazione.

Capitale Umano

Al fine di creare un contesto operativo del Servizio Sanitario Nazionale in grado di sostenere in modo efficace, efficiente e resiliente le sfide presenti e future per la tutela della salute pubblica, la valorizzazione del capitale

umano costituisce una leva strategica imprescindibile per il miglioramento continuo della qualità del sistema sanitario.

L’Azienda riconosce la centralità delle risorse umane quali principali determinanti della qualità, dell’efficacia, dell’efficienza e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Nessuna innovazione tecnologica o organizzativa può prescindere dal contributo professionale dei sanitari e degli operatori del sistema, il cui patrimonio di competenze, conoscenze ed esperienza rappresenta un fattore essenziale per lo sviluppo del Servizio Sanitario nel suo complesso.

In tale prospettiva, l’Azienda orienta le proprie politiche di gestione del personale verso un percorso strutturato di valorizzazione dei professionisti sanitari, che interessa le condizioni di lavoro, il trattamento economico, le opportunità di sviluppo professionale e la sostenibilità dei carichi assistenziali, con particolare attenzione ai settori e ai servizi caratterizzati da maggiori criticità organizzative e di personale.

Nel rispetto della normativa vigente e dei vincoli di finanza pubblica, l’Azienda intende valorizzare gli strumenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale, attraverso:

- il riconoscimento e la corretta attribuzione degli incarichi di posizione organizzativa e degli incarichi di elevata qualificazione;
- l’applicazione del differenziale economico di professionalità (DEP), quale strumento di valorizzazione del merito e delle competenze;
- il rafforzamento delle politiche assunzionali, in coerenza con il corrente Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) e con le indicazioni nazionali e regionali in materia di contenimento della spesa del personale.

Particolare rilievo è attribuito allo sviluppo e all’aggiornamento continuo delle competenze professionali, quale condizione indispensabile per rispondere in modo appropriato ai mutamenti dei bisogni di salute della popolazione, all’evoluzione epidemiologica, all’innovazione tecnologica e ai nuovi modelli organizzativi dell’assistenza. L’Azienda promuove pertanto un sistema di formazione continua orientato all’acquisizione di competenze cliniche, organizzative, digitali e trasversali, in coerenza con gli indirizzi della Funzione Pubblica e con le direttive nazionali in materia di sviluppo delle competenze del personale pubblico.

In tale ambito la formazione continua è riconosciuta quale leva strategica di valorizzazione delle risorse umane e di miglioramento dei servizi sanitari, in linea con le direttive ministeriali della Pubblica Amministrazione. La normativa vigente impone un obbligo formativo minimo di 40 ore annue per dipendente, da inserire nel ciclo della performance aziendale, con responsabilità diretta dei dirigenti per il raggiungimento di tali obiettivi formativi. La formazione svolta nel triennio ECM può concorrere al raggiungimento del monte ore annuale, quale contributo alle competenze cliniche, digitali e trasversali necessarie per garantire qualità, sicurezza e appropriatezza dell’assistenza sanitaria.

Performance, Valutazione E Sistemi Di Gestione

In coerenza con gli indirizzi nazionali in materia di valorizzazione del personale e di misurazione della performance, l’Azienda intende procedere a una revisione del Regolamento dei sistemi di valutazione delle performance individuali e organizzative, al fine di renderli maggiormente aderenti ai principi di equità, trasparenza, responsabilizzazione e riconoscimento dei risultati.

In tale prospettiva, è inserito il progressivo utilizzo di strumenti digitali per l’informaticizzazione dei processi di valutazione, monitoraggio e rendicontazione della performance, in coerenza con il ciclo della performance aziendale e con gli obiettivi strategici per l’anno 2026.

Prevenzione corruzione e trasparenza

Nel quadro degli indirizzi strategici aziendali per l’anno 2026, la Direzione Generale individua la prevenzione della corruzione, la trasparenza amministrativa e la protezione dei dati personali quali ambiti prioritari e trasversali di intervento, essenziali per garantire legalità, integrità dell’azione amministrativa, tutela dei diritti degli utenti e affidabilità complessiva dell’organizzazione.

Tali ambiti costituiscono **leve strategiche di governance** e rappresentano presidi fondamentali per il corretto funzionamento dell’Azienda, in coerenza con il quadro normativo vigente, con il PIAO aziendale e con gli indirizzi regionali e nazionali.

Prevenzione della corruzione e integrità organizzativa

L’Azienda orienta la propria azione al rafforzamento dei sistemi di prevenzione della corruzione, con particolare attenzione alle aree a più elevato rischio, quali i processi di approvvigionamento, gestione degli affidamenti, liquidazioni, gestione del personale e rapporti con i soggetti privati accreditati.

Priorità strategica è attribuita al consolidamento dei meccanismi di tracciabilità e trasparenza dei processi decisionali, al presidio dei conflitti di interesse e delle incompatibilità, nonché al rafforzamento della cultura della legalità attraverso iniziative formative e di sensibilizzazione rivolte al personale, in coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza confluente nel PIAO.

Trasparenza amministrativa e accesso alle informazioni

La trasparenza è assunta quale principio strutturale dell’azione amministrativa, finalizzato a garantire accountability, controllo diffuso e fiducia da parte dei cittadini e degli stakeholder istituzionali.

L’Azienda persegue il miglioramento continuo della qualità, completezza e tempestività delle informazioni pubblicate, con particolare riferimento alla sezione “Amministrazione Trasparente”, alla gestione delle istanze di accesso civico e generalizzato e alla pubblicazione dei dati relativi ai progetti finanziati con risorse del PNRR, assicurando il corretto bilanciamento tra obblighi di pubblicità e tutela dei dati personali.

Protezione dei dati personali e sicurezza delle informazioni

La tutela dei dati personali è riconosciuta come priorità strategica trasversale, integrata nei processi clinici, assistenziali e amministrativi dell’Azienda.

L’azione aziendale è orientata al rafforzamento del sistema di gestione della protezione dei dati, nonché al consolidamento dell’accountability delle strutture aziendali, attraverso il presidio dei trattamenti, la prevenzione dei rischi privacy, la riduzione degli eventi di violazione dei dati personali e il miglioramento del livello di consapevolezza del personale in materia di protezione dei dati e sicurezza informatica.

Aree sensibili e interventi connessi al PNRR

In relazione alla rilevanza strategica e finanziaria degli interventi PNRR, l’Azienda individua specifiche priorità di presidio dei rischi corruttivi e di trasparenza, assicurando un attento monitoraggio dei processi di affidamento, dell’avanzamento degli interventi e della rendicontazione, nel rispetto dei principi di legalità, tracciabilità e pubblicità.

Whistleblowing e tutela del segnalante

L’Azienda riconosce il sistema di segnalazione degli illeciti quale strumento fondamentale di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, garantendo l’efficace gestione delle segnalazioni, la tutela della riservatezza del segnalante e la promozione della conoscenza degli strumenti di whistleblowing, in coerenza con la normativa vigente.

Integrazione trasversale nei processi aziendali

La prevenzione della corruzione, la trasparenza e la protezione dei dati personali costituiscono ambiti trasversali che devono essere integrati in modo sistematico nei processi decisionali, istruttori e gestionali dell’Azienda, rafforzando la qualità documentale, la responsabilizzazione delle strutture e la solidità complessiva del sistema di governance aziendale.

Arene ed Obiettivi Strategici Aziendali 2026

In coerenza con la Mission aziendale, con gli obiettivi assegnati al Direttore Generale di cui alla delibera-rizione di Giunta Regionale n. 426 del 26 giugno 2025 e con il programma strategico, l'Azienda individua per l'anno 2026 le seguenti Aree Strategiche, che costituiscono il riferimento per le azioni da intraprendere attraverso la definizione degli obiettivi strategici ed operativi e la valutazione delle performance organizzative e individuali, nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

La performance aziendale è articolata in sette Aree strategiche, che rappresentano gli assi prioritari del governo aziendale e costituiscono il riferimento per la definizione degli obiettivi strategici



AREA STRATEGICA 1 – Prevenzione e Promozione della Salute, Assistenza Sanitaria

L'Area è finalizzata al miglioramento e ad assicurare il pieno raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con enfasi su promozione della salute, prevenzione delle malattie e diagnosi precoce. Essa promuove l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, la continuità delle cure e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso il monitoraggio sistematico degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), con specifico riferimento al sottoinsieme CORE.

AREA STRATEGICA 2 – Potenziamento Integrazione Ospedale-Territorio

L'Area è orientata a rafforzare l'assistenza territoriale promuovendo la casa come primo luogo di cura; attuare efficacemente PNRR-M6 potenziando sanità territoriale e servizi prossimità, con enfasi su prevenzione e presa in carico. Punta a deospedalizzare le cure, migliorare l'accesso equo e integrare prevenzione/territorio, riducendo la pressione sulle strutture ospedaliere, ottimizzando risorse PNRR nel contesto regionale.

AREA STRATEGICA 3 – Innovazione e digitalizzazione

L'Area è finalizzata allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e organizzativa e al rafforzamento dei sistemi informativi aziendali, quali strumenti essenziali per il miglioramento dell'efficienza organizzativa, della qualità

dell'assistenza e della trasparenza nei confronti dei cittadini, valorizzando l'utilizzo dei dati sanitari e sociosanitari a supporto dei processi clinici, direzionali e di programmazione.

AREA STRATEGICA 4 – Gestione economico-finanziaria

L'Area è orientata alla garanzia dell'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e alla sostenibilità del sistema sanitario, attraverso una gestione efficiente e responsabile delle risorse disponibili. Essa promuove il controllo dei costi, la programmazione finanziaria, il rispetto dei tempi di pagamento e la razionalizzazione della spesa, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica e ai dispositivi medici, nel rispetto degli obiettivi di salute. L'area è finalizzata, altresì, a rafforzare il governo economico della produzione sanitaria e del costo del lavoro, assicurando il rispetto dei vincoli di budget e il contenimento delle forme di spesa flessibile e l'allineamento tra risorse impiegate e livelli di attività programmati, in coerenza con i principi di sostenibilità economico-finanziaria e continuità assistenziale.

AREA STRATEGICA 5 – Risorse umane, formazione e benessere organizzativo

L'Area è finalizzata alla valorizzazione delle risorse umane quale fattore strategico per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per il miglioramento delle performance aziendali e della qualità dei servizi erogati. Essa si realizza attraverso lo sviluppo delle competenze professionali, la formazione continua, il riconoscimento del merito, il benessere organizzativo e la responsabilizzazione dei dirigenti e del personale, favorendo il contributo attivo delle strutture al conseguimento degli obiettivi aziendali, in coerenza con gli indirizzi nazionali e con le direttive della Funzione Pubblica.

AREA STRATEGICA 6 – Appropriatezza clinica e organizzativa e Qualità delle Cure

L'Area è orientata a garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei modelli organizzativi, assicurando equità di accesso, qualità delle cure e uso razionale delle risorse. Essa comprende il governo delle liste di attesa, il rispetto dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni sentinella, il monitoraggio delle attività libero-professionali intramurarie e il controllo delle attività delle strutture private accreditate.

AREA STRATEGICA 7 – Trasparenza, governance e controllo

L'Area è finalizzata al rafforzamento del sistema di governance, controllo e rendicontazione attraverso il presidio dei processi di controllo, monitoraggio, rendicontazione e valutazione delle attività e delle performance.

Essa promuove la trasparenza amministrativa, la prevenzione della corruzione, la riduzione dei rischi organizzativi, la responsabilizzazione delle strutture e la verifica sistematica dei risultati conseguiti, anche in relazione agli obiettivi PNRR.

Con riferimento a ciascuna area vengono definiti gli obiettivi strategici e, così come esplicitate nella relazione della Direzione Sanitaria di cui al prot.n. 0033099 del 28.01.2026, vengono riportate le principali linee di intervento ed azioni da intraprendere.

AREA STRATEGICA 1 - Prevenzione, Promozione della Salute e Assistenza Sanitaria	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
1.1	Garantire il pieno conseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attraverso la promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce
1.2	Monitoraggio indicatori LEA, riduzione criticità, stabilità delle performance assistenziali
1.3	Rafforzare le politiche di prevenzione e promozione della salute, migliorando gli esiti dell'area prevenzione dei LEA attraverso l'incremento delle attività di screening, vaccinazione e sorveglianza epidemiologica

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Incremento dell'adesione ai programmi di screening oncologici organizzati e al miglioramento della presa in carico per il II° livello diagnostico ed eventuale, successivo iter terapeutico;
- contrasto dell'esitazione vaccinale attraverso interventi formativi a favore degli Operatori sanitari e informativi e di sensibilizzazione rivolti alla popolazione;
- promozione di corretti stili di vita, al contrasto dei principali fattori di rischio, inclusi quelli coinvolti nell'insorgenza di dipendenze patologiche, e alla prevenzione universale delle malattie cronico degenerative;
- rafforzamento della raccolta e dell'analisi dei dati epidemiologici, anche ai fini della stratificazione della popolazione finalizzata alle attività di programmazione sanitaria, nonché dei programmi di sorveglianza;
- contrasto all'antibiotico-resistenza e alla promozione dell'uso appropriato degli antibiotici, attraverso protocolli condivisi e trasversali tra i diversi setting assistenziali, monitoraggio dei consumi e delle resistenze, audit prescrittivi e azioni formative, in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali derivanti dal PNCAR e sviluppando in tale ambito l'approccio One Health, in uno con le attività veterinarie;
- incremento di azioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro con l'adozione di protocolli di vigilanza, formazione obbligatoria e continua per operatori su prevenzione infortuni e patologie professionali e monitoraggio finalizzati a prevenire infortuni e patologie professionali nel territorio di competenza;
- promozione di campagne informative rivolte alla popolazione finalizzate alla sensibilizzazione rispetto ai temi della donazione degli organi e di sangue, nonché della fruizione dei servizi offerti nell'ambito del FSE e dei vantaggi offerti con l'espressione del consenso alla consultazione.

AREA STRATEGICA 2 – Potenziamento Integrazione Ospedale-Territorio	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
2.1	Rafforzare l'assistenza territoriale e la prossimità delle cure promuovendo la casa come primo luogo di cura
2.2	Attuare in modo efficace gli interventi previsti dal PNRR – Missione 6, potenziando la sanità territoriale e i servizi di prossimità, con particolare attenzione alla prevenzione e alla presa in carico della popolazione

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Attivazione delle Case della Comunità e degli Ospedali della Comunità aziendali, con progressiva costruzione della rete territoriale e definizione della vocazione prevalente delle strutture, nel rispetto degli indirizzi programmati nazionali e regionali. In particolare, si dovranno sviluppare i percorsi di integrazione tra tutte le professionalità e le figure individuate dal DM 77/2022 quali attori del processo di presa in carico (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Dirigenti medici, Infermieri di famiglia e di comunità, Assistenti sociali, Collettività);
- sviluppo e/o aggiornamento dei PDTA dedicati alle cronicità, nonché delle strategie proattive finalizzate ad intercettare precocemente i bisogni di salute; in particolare, si dovrà procedere a periodiche analisi di stratificazione della popolazione per meglio orientare le attività di presa in carico e di medicina d'iniziativa;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), con particolare riferimento alla popolazione over 65;
- Implementazione delle strutture residenziali e semiresidenziali secondo la programmazione regionale;
- utilizzo operativo della telemedicina (televisita, telemonitoraggio, teleconsulto) come strumento di supporto alla presa in carico integrata;
- promozione della formazione del personale sui modelli di presa in carico della cronicità e sull'integrazione dei servizi;

- progressiva copertura delle zone carenti di MMG/PLS;
- ulteriore sviluppo e promozione dell'integrazione ospedale-territorio mediante PDTA/PPDTA trasversali e integrati alle diverse aree dell'assistenza finalizzati alla migliore presa in carico dell'Assistito, con il supporto, ove necessario degli ambiti della prevenzione, salute mentale e dipendenze.

AREA STRATEGICA 3 – Innovazione e digitalizzazione	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
3.1	Rafforzare il sistema informativo aziendale garantendo completezza, qualità, tempestività e interoperabilità dei flussi informativi sanitari e sociosanitari, al fine di supportare il governo clinico, direzionale e della rendicontazione istituzionale
3.2	Promuovere la trasformazione digitale dei processi clinici e amministrativi, assicurando la piena alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, l'integrazione delle piattaforme digitali e l'adozione di soluzioni tecnologiche orientate alla semplificazione dei percorsi e alla sicurezza delle informazioni, favorendo l'accessibilità e la trasparenza dei servizi per cittadini e operatori

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Sviluppo e diffusione dei servizi di telemedicina (televisita, telemonitoraggio e teleconsulto) a supporto della presa in carico multidisciplinare e dell'accessibilità ai servizi;
- Potenziamento dei sistemi informativi aziendali, dei flussi informativi e dell'interoperabilità tra i diversi livelli di assistenza;
- Diffusione e implementazione in ambito aziendale dell'aggiornamento della Mappa dei Flussi, di cui alla Delibera n. 1/2026 e successiva integrazione;
- Miglioramento dei processi digitali a supporto della presa in carico, della continuità assistenziale e dell'accessibilità ai servizi.
- Promozione dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e degli strumenti digitali sanitari per i cittadini e per gli operatori sanitari;
- Supporto alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e organizzativi, in coerenza con le traiettorie del PNRR e con gli indirizzi regionali.

AREA STRATEGICA 4 – Gestione economico-finanziaria	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
4.1	Revisione e digitalizzazione integrale del Ciclo Passivo, dalla fase di acquisizione alla liquidazione, garantire la tracciabilità documentale, come presupposto per il rispetto sistematico dei termini di pagamento
4.2	Migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, attraverso la razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici e il rafforzamento dei processi di acquisto e controllo dei costi
4.3	Rafforzare il governo economico della produzione sanitaria e del costo del lavoro, assicurando il rispetto dei vincoli di budget e il contenimento delle forme di spesa flessibile e l'allineamento tra risorse impiegate e livelli di attività programmati, in coerenza con i principi di sostenibilità economico-finanziaria e continuità assistenziale

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Governo della spesa sanitaria in coerenza con gli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria aziendale;
- Monitoraggio della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, con particolare riferimento al rispetto dei tetti e dei vincoli programmatori;
- Monitoraggio dell'impatto economico delle attività sanitarie e sociosanitarie erogate, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i vincoli di sostenibilità del sistema;
- Potenziamento del controllo delle attività delle strutture private accreditate, con verifica del rispetto dei volumi, dei vincoli contrattuali e dell'impatto sulla spesa sanitaria;
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse finanziarie attraverso il rafforzamento dei processi di programmazione, controllo e rendicontazione.

AREA STRATEGICA 5 – Risorse umane, formazione e benessere organizzativo	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
5.1	Valorizzare le risorse umane come leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e quale leva per il miglioramento della performance organizzativa e della qualità dei servizi, promuovendo lo sviluppo delle competenze, la formazione continua e il miglioramento del benessere organizzativo

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Promozione della formazione e sviluppo delle competenze del personale, con riguardo anche ai temi della cronicità, della presa in carico globale della persona e dell'integrazione multiprofessionale;
- Incremento delle azioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, attraverso protocolli di vigilanza, formazione obbligatoria e continua e attività di monitoraggio;
- Promozione delle pari opportunità e tutela della salute dei lavoratori;
- Attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, gestionali e specialistici;
- Incentivazione del confronto e della collaborazione tra operatori afferenti a setting assistenziali differenti;
- Promozione della partecipazione a sperimentazioni cliniche, attività progettuali e comandi formativi presso centri di eccellenza.

AREA STRATEGICA 6 – Appropriatezza clinica e organizzativa e Qualità delle Cure	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
6.1	Garantire l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie e il rispetto dei tempi massimi di attesa, attraverso il governo delle liste d'attesa, il monitoraggio delle prestazioni sentinella e delle attività libero-professionali intramurarie (ALPI)
6.2	Assicurare il governo dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema sanitario aziendale mediante il monitoraggio sistematico delle attività delle strutture private accreditate e il rispetto dei vincoli contrattuali e programmatori
6.3	Garantire la sicurezza delle cure, attuando un sistema di clinical governance nella prospettiva di miglioramento della qualità delle cure, la presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Attivazione di agende dedicate alla gestione delle cronicità, distinte dall'offerta prestazionale tradizionale;

- Governo delle transizioni assistenziali delle patologie croniche dall'età evolutiva all'età adulta;
- Governo della domanda sulla base delle evidenze scientifiche e dell'analisi del contesto e della stratificazione della popolazione, al fine di ottimizzare le richieste e controllare l'insorgenza di fenomeni opportunistici. In tale processo saranno coinvolti gli Operatori responsabili di attività prescrittiva, autorizzativa e di monitoraggio;
- Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e per ricovero, secondo le indicazioni normative nazionali e regionali, sviluppando l'offerta in funzione dei fabbisogni stabiliti dalla Regione e promuovendo la transizione della gestione delle cronicità dal sistema prestazionale a quello di presa in carico;
- Sviluppo e al governo dei diversi setting di erogazione delle cure territoriali;
- Svolgimento di procedure di audit sul ricorso al taglio cesareo, la cui frequenza continua a superare la media nazionale e nelle ulteriori area segnalate dal PNE 2025 (BPCO e Chirurgia oncologica);
- Analisi delle aree critiche evidenziate nei treemap del PNE 2025;
- Realizzazione di modifiche organizzative volte a garantire il pieno rispetto dei regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie per le Unità operative che, a fronte di un dato aziendale conforme dell'indicatore NSG H04Z, registrano non conformità puntuali; tale attività deve comprendere anche l'ulteriore sviluppo dei percorsi PACC in luogo dei ricoveri in regime di DS/DH riconosciuti ad elevato livello di in appropriatezza;
- Rivisitazione dei percorsi ospedalieri e di reparto che, a parità di Indice di Case mix, determinano un prolungamento eccessivo della degenza ($ICP > 1$);
- Stretto monitoraggio delle Unità operative per le quali sarà confermato, al consolidamento del flusso SDO, il dato del tasso di occupazione medio annuo $< 90\%$;
- Qualificazione delle attività ospedaliere in termini di incremento dell'Indice di Case mix;
- Monitoraggio e ulteriore qualificazione delle attività rese nell'ambito delle reti tempo-dipendenti;
- Monitoraggio dei requisiti per la permanenza all'interno della ROC, nonché all'ulteriore sviluppo della rete in continuità con l'ambito territoriale e delle cure palliative;
- Analisi dei percorsi interni al Pronto Soccorso, finalizzati a individuare interventi correttivi volti ad allineare i tempi di attesa dei codici di triage di maggiore gravità a quelli previsti dalle Linee di indirizzo sulle attività di triage. In merito assume particolare importanza anche la valutazione di appropriatezza del triage, che può condizionare l'allungamento dei tempi di presa in carico;
- Ulteriore sviluppo della funzione del Bed management, alla definizione della rete aziendale e del Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- Apertura del Pronto soccorso presso il P.O. S. Giovanni Bosco;
- Apertura della TIN presso il P.O. Ospedale del Mare;
- Riorganizzazione e al potenziamento delle attività di laboratorio, con particolare riferimento a quelle territoriali, al fine di raggiungere le soglie minime di efficienza e di qualità individuate;
- Sviluppo e definizione, prioritariamente, ma non esclusivamente in ambito ospedaliero, di protocolli e profili diagnostici volti ad evitare la ripetizione non necessaria di indagini di laboratorio;
- Governo delle attività aziendali in seno alla Rete regionale dei Trapianti, con particolare riferimento alle procedure finalizzate al procurement;
- Attivazione dell'UMACA;
- Promozione e sviluppo in ambito ospedaliero delle attività di antimicrobial stewardship;
- Adozione delle procedure volte a garantire in ambito ospedaliero l'erogazione del primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione, nonché la corretta codifica nei flussi SDO e farmaceutici;
- Implementazione di strategie volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica nei diversi setting assistenziali;
- Potenziamento del monitoraggio delle strutture private accreditate, mediante un controllo sistematico, puntuale e documentato delle attività e delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero e sociosanitario; Il monitoraggio è finalizzato alla verifica del rispetto delle quote assegnate,

dei vincoli contrattuali, dei tempi di attesa, dei livelli di appropriatezza e dell'impatto sulla spesa sanitaria, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con i modelli organizzativi definiti dal D.M. 77/2022.

- Ulteriore consolidamento delle attività di competenza (incident reporting, gestione delle segnalazioni, audit per gli eventi sentinella, implementazione azioni di miglioramento e di monitoraggio, alimentazione piattaforma SIMES, stesura/aggiornamento periodico delle procedure e dei PDTA);
- Implementazione della rete aziendale del rischio clinico con individuazione di referenti dedicati in ambito ospedaliero e territoriale;
- Implementazione di strategie proattive per ridurre il verificarsi degli eventi più frequentemente segnalati (cadute e aggressioni a danno di operatore);
- Ulteriore sviluppo delle attività di prevenzione e controllo delle Infezioni associate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza, anche grazie all'implementazione delle reti ospedaliera con individuazione di referenti dedicati presso i presidi ospedalieri.

AREA STRATEGICA 7 – Trasparenza, governance e controllo dei processi	
O. S. rif	OBIETTIVI STRATEGICI
7.1	Rafforzare il sistema di governance, controllo e rendicontazione aziendale, garantendo trasparenza, qualità dei dati, responsabilizzazione delle strutture e presidio dei processi di verifica delle performance
7.2	Promuovere un sistema integrato di governance fondato su legalità, trasparenza, prevenzione della corruzione e riduzione dei rischi organizzativi, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali e con il PNRR

Azioni Programmate in Rapporto agli Obiettivi Strategici

- Rafforzamento delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio delle strutture private accreditate sotto il profilo contrattuale, quantitativo ed economico;
- Sviluppo di percorsi formativi sulla corretta alimentazione dei flussi informativi, sulla compilazione della SDO e sull'audit & feedback;
- Diffusione della cultura del dato quale strumento di governo clinico, organizzativo e decisionale e miglioramento delle performance;
- Corretta, completa e tempestiva alimentazione dei flussi informativi sanitari e sociosanitari (NSIS, FSE, regionali e aziendali) con monitoraggi periodici e responsabilità assegnate alle strutture coinvolte;
- Sviluppare le attività di monitoraggio periodico interno al fine di orientare la programmazione e intervenire tempestivamente con idonei interventi correttivi in caso di necessità.

OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance individuale è definita come l'insieme dei risultati conseguiti e dei comportamenti organizzativi agiti dal singolo nell'ambito dell'organizzazione, in coerenza con gli obiettivi assegnati e con il contributo fornito al raggiungimento delle finalità aziendali.

La corretta collocazione del processo di valutazione individuale all'interno del sistema di gestione e sviluppo del capitale umano rappresenta un elemento essenziale del ciclo della performance, in quanto funzionale al miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni e dei servizi resi dall'Azienda, che costituisce l'obiettivo ultimo dell'azione amministrativa.

Una gestione efficace e coerente del processo di valutazione individuale produce un duplice effetto positivo:

- **sul piano individuale**, favorendo la valorizzazione delle competenze, delle capacità professionali e dei comportamenti organizzativi, anche attraverso l'individuazione di percorsi di sviluppo e crescita professionale;

- **sul piano organizzativo**, contribuendo al miglioramento complessivo delle performance delle strutture e dei servizi erogati, nonché offrendo elementi utili per l'eventuale ripensamento di assetti organizzativi e processi operativi, anche mediante interventi di reingegnerizzazione.

La definizione degli obiettivi di performance individuale avviene in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda e deve consentire di misurare il contributo del singolo, espresso attraverso obiettivi specificamente attribuiti, al conseguimento dei risultati collegati a piani, programmi, attività e progetti, nonché agli obiettivi più ampi dell'amministrazione e della struttura di appartenenza.

In conformità al **Regolamento Aziendale del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance organizzativa e individuale** (Rev. 1 – settembre 2020), adottato con **Deliberazione del Direttore Generale n. 962 del 28.09.2020**, ciascun Direttore o Responsabile di U.O.C., U.O.S.D., U.O.S. e U.O.S. in staff provvede alla negoziazione degli obiettivi di performance individuale con il personale dirigente e con il personale del comparto titolare di incarico di funzione, secondo le modalità e i criteri stabiliti dal SMVP.

Per i **Direttori di Dipartimento strutturale, i Direttori Medici di Presidio Ospedaliero, i Direttori di Distretto Sanitario di Base, i Direttori di U.O.C., i Responsabili di U.O.S.D., di U.O.S., di U.O.S. in staff e per i Referenti di attività di particolare complessità e rilevanza aziendale**, gli obiettivi di performance individuale coincidono con gli obiettivi di struttura.

La definizione puntuale, l'assegnazione formale e la misurazione degli obiettivi di performance individuale, nonché dei relativi indicatori e target, sono demandate ai **successivi atti attuativi di programmazione e gestione**, adottati in coerenza con la Direttiva del Direttore Generale, con il SMVP vigente e con il ciclo della performance, assicurando chiarezza dei ruoli, sostenibilità organizzativa e verificabilità dei risultati.

La Direttiva del Direttore Generale orienta il sistema degli obiettivi, il PIAO ne assicura la strutturazione unitaria e la coerenza programmatica, mentre la definizione e l'assegnazione degli obiettivi di performance individuale sono demandate ai successivi atti attuativi, nel rispetto del SMVP e del ciclo della performance.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria

Gli obiettivi della Sezione Performance sono definiti in modo coerente con la programmazione economico-finanziaria e con i vincoli di bilancio, nonché con gli altri strumenti di pianificazione aziendale, inclusi quelli in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'integrazione tra pianificazione strategica, programmazione operativa e sostenibilità economica costituisce un presupposto essenziale per l'effettiva attuazione del ciclo della performance e per la verificabilità dei risultati conseguiti.

Azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance

L'Azienda prosegue il percorso di rafforzamento del ciclo di gestione della performance, valorizzando gli elementi di solidità già presenti nel sistema e orientando le azioni di miglioramento secondo criteri di gradualità, sostenibilità e realismo organizzativo.

In particolare, il sistema di performance si caratterizza per:

- la diffusione capillare degli obiettivi a livello organizzativo e individuale;
- l'integrazione tra obiettivi di performance, trasparenza e prevenzione della corruzione;
- l'allineamento con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Le principali azioni di miglioramento in corso e programmate riguardano:

- il potenziamento dei sistemi informativi e della reportistica, anche a supporto del monitoraggio intermedio degli obiettivi e dell'eventuale attivazione di azioni correttive;
- l'implementazione progressiva di strumenti digitali a supporto del ciclo della performance, inclusi moduli dedicati alla gestione e valutazione delle performance organizzative e individuali;

- l'utilizzo di cruscotti direzionali, con particolare riferimento agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), per il monitoraggio sistematico degli obiettivi e delle performance delle strutture aziendali;
- il consolidamento dell'assetto organizzativo aziendale, attraverso procedure formali e trasparenti di conferimento degli incarichi dirigenziali e di funzione;
- il rafforzamento dei modelli organizzativi delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie, in coerenza con la normativa vigente e con gli indirizzi strategici aziendali.

Tali azioni sono finalizzate a rendere il ciclo della performance sempre più integrato, misurabile e orientato al miglioramento continuo, assicurando coerenza tra indirizzo strategico, programmazione operativa e valutazione dei risultati.

L'ALBERO DELLA PERFORMANCE:

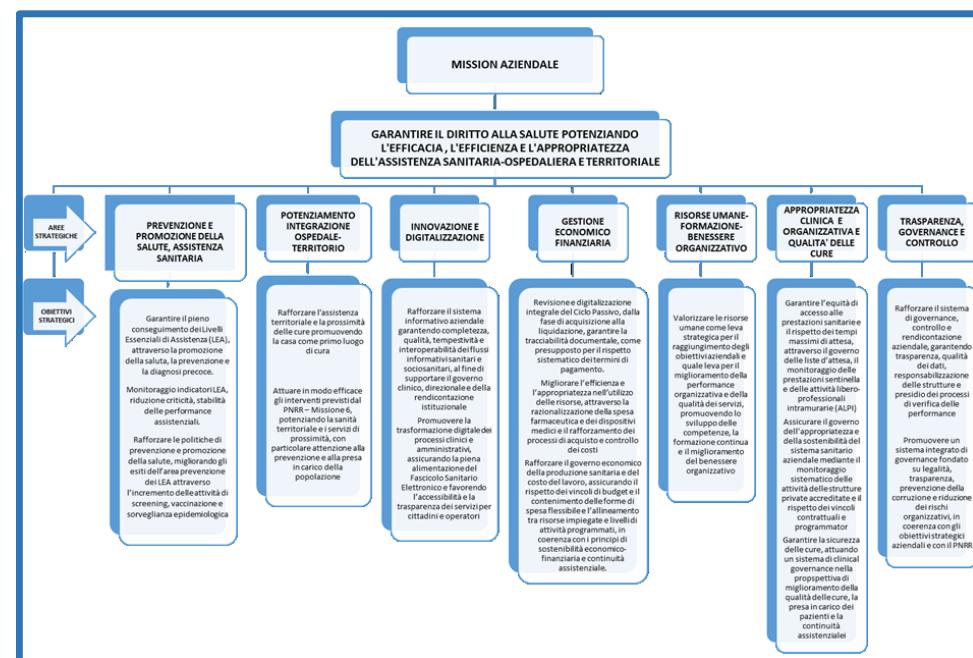
L'albero della performance rappresenta la mappa logica dei legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione dell'Azienda.

Esso costituisce uno strumento di sintesi e di integrazione della performance aziendale, con una duplice valenza:

- valenza comunicativa, in quanto rende esplicita e comprensibile all'esterno la strategia dell'Amministrazione;
- valenza tecnica, in quanto consente la "messa a sistema" delle principali dimensioni della performance e il raccordo tra indirizzo strategico, programmazione e azione amministrativa.

Le aree strategiche rappresentano le prospettive attraverso le quali si articolano e si rendono operativi il mandato istituzionale, la missione e la visione dell'Azienda. Ciascuna area strategica può riferirsi a insiemi omogenei di servizi, utenti, politiche o ambiti di intervento, ovvero a loro combinazioni.

La performance aziendale è articolata in sette Aree strategiche, che costituiscono gli assi prioritari del governo aziendale e il riferimento per:



- la definizione degli obiettivi strategici;
- l'individuazione delle azioni di intervento;
- il raccordo con la relazione sanitaria e con la Direttiva del Direttore Generale, che ne dettaglia gli indirizzi e le priorità operative.

L'albero della performance rappresenta il collegamento tra mandato istituzionale, missione dell'Asl Napoli 1 Centro, obiettivi strategici e piani operativi.

SOTTOSEZIONE PIANO: "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA"

La prevenzione della corruzione come leva di qualità, affidabilità e valore pubblico nei servizi sanitari

Premessa e inquadramento generale

Nell'ambito di un'azienda sanitaria pubblica, la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza costituiscono una dimensione strutturale del valore pubblico, in quanto incidono direttamente sulla tutela effettiva del diritto alla salute, sull'equità di accesso alle cure, sulla continuità assistenziale, sulla sicurezza delle prestazioni e sulla qualità complessiva dei servizi erogati ai cittadini.

In tale contesto, l'anticorruzione non è concepita come un obiettivo autonomo né come un adempimento meramente formale, ma come leva trasversale di buona amministrazione, funzionale a garantire processi decisionali corretti, tracciabili e affidabili, nonché un utilizzo responsabile, equo e sostenibile delle risorse pubbliche, a beneficio dell'intera collettività.

Processi amministrativi e sanitari correttamente governati, trasparenti e adeguatamente presidiati contribuiscono in modo diretto al miglioramento dell'offerta sanitaria, riducendo il rischio di arbitrarietà, favoritismi e diseguaglianze di trattamento, e rafforzando l'appropriatezza, la continuità e l'affidabilità dell'azione aziendale lungo l'intero percorso di presa in carico dell'utente. In questa prospettiva, la prevenzione della corruzione opera come fattore abilitante della qualità dei servizi e del rapporto fiduciario tra cittadini e istituzione.

Il cambio di paradigma introdotto dal PNA 2025

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2025 rafforza in modo significativo un approccio non meramente adempimentale alla prevenzione della corruzione, valorizzando:

- il governo consapevole e proporzionato del rischio;
- la responsabilizzazione diffusa dei titolari di processo;
- la qualità e l'effettività dei presidi organizzativi;
- la capacità delle misure di incidere concretamente sui comportamenti e sui processi decisionali.

In tale quadro, la prevenzione della corruzione è intesa come componente strutturale della buona amministrazione e come leva trasversale di creazione e protezione del valore pubblico, strettamente connessa alla trasparenza sostanziale, all'imparzialità dell'azione amministrativa e alla qualità delle decisioni che incidono sull'erogazione dei servizi sanitari, superando definitivamente una logica di mero rispetto formale degli obblighi normativi.

Il PIAO come architettura integrata di governance

L'Azienda recepisce pienamente tale impostazione, assumendo il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) quale strumento unitario di programmazione e governo, all'interno del quale le misure di prevenzione della corruzione sono integrate in modo coerente e sistematico con:

- la pianificazione strategica e organizzativa;
- il sistema dei controlli interni;
- la gestione delle risorse umane e finanziarie;
- la trasparenza, l'accesso civico e la digitalizzazione dei processi;
- i presidi in materia di whistleblowing e di prevenzione del riciclaggio.

In questa cornice, il sistema di prevenzione non è concepito come un insieme di vincoli o di controlli meramente formali, ma come un'architettura di governance orientata a rafforzare l'affidabilità dei processi, la responsabilità decisionale e la capacità dell'Azienda di perseguire in modo efficace, trasparente e verificabile le proprie finalità istituzionali, in coerenza con i bisogni di salute della comunità di riferimento.

Ambiti prioritari e impatto sui servizi

Le misure di prevenzione adottate dall'Azienda sono orientate in via prioritaria ai processi a maggiore impatto per i cittadini e per la tutela dell'equità di accesso alle prestazioni, tra cui, in particolare:

- l'accesso alle prestazioni sanitarie e la gestione delle liste di attesa;
- i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili e cronici;

- i processi di acquisto, approvvigionamento e gestione delle risorse sanitarie;
- i rapporti con soggetti esterni, strutture accreditate e fornitori;
- le attività autorizzative, valutative e certificative caratterizzate da elevata discrezionalità.

In tali ambiti, l'azione di prevenzione contribuisce ad assicurare criteri oggettivi, decisioni motivate, uniformità di trattamento e controlli effettivi, con ricadute positive sulla qualità percepita dei servizi, sulla continuità assistenziale e sulla credibilità complessiva dell'Azienda.

Persone, competenze e miglioramento continuo

Un elemento centrale della strategia di prevenzione è rappresentato dalla valorizzazione del personale e dallo sviluppo di una formazione mirata e qualificata, intesa non come mero adempimento, ma come strumento di rafforzamento della capacità amministrativa, organizzativa e decisionale dell'Azienda.

L'integrazione tra prevenzione della corruzione, trasparenza, formazione e programmazione consente di orientare l'azione aziendale verso un miglioramento continuo delle performance, contribuendo:

- a una gestione responsabile e sostenibile delle risorse pubbliche;
- al rafforzamento del rapporto di fiducia con i cittadini;
- alla riduzione delle criticità organizzative e dei contenziosi;
- alla valorizzazione del patrimonio professionale interno.

In questa chiave, la prevenzione della corruzione si configura come fattore strutturale di qualità, affidabilità e credibilità dell'azione sanitaria, posto al servizio del benessere della comunità e della tutela effettiva del diritto alla salute

Esiti della consultazione e comunicazione mediante avviso sul portale aziendale

L'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) avviene attraverso un processo improntato ai principi di **trasparenza, partecipazione e coinvolgimento degli stakeholder**, in coerenza con il quadro normativo e con gli indirizzi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

La proposta di PIAO è oggetto di adeguata pubblicità mediante pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda e nella sezione "Amministrazione trasparente", al fine di consentire la partecipazione dei soggetti interessati, sia interni sia esterni all'Amministrazione.

Nell'ambito di tale procedura, dipendenti, stakeholder, organizzazioni rappresentative di interessi specifici e soggetti che operano nei settori di attività dell'Azienda sono invitati a formulare osservazioni e contributi nei termini indicati nell'avviso di consultazione pubblica. Le osservazioni pervenute sono esaminate ai fini dell'eventuale recepimento, qualora coerenti con il quadro normativo vigente e utili a migliorare la qualità, la chiarezza e l'efficacia del Piano.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza assicura il coordinamento delle attività connesse alla consultazione pubblica per gli ambiti di competenza, in raccordo con le strutture aziendali coinvolte nel processo di redazione del Piano. Il processo di elaborazione del presente PIAO si è pertanto svolto mediante procedura aperta alla partecipazione, attraverso la pubblicazione sul sito aziendale dell'avviso di consultazione pubblica, disponibile al seguente link:

- https://www.aslnapoli1centro.it/dettaglio-news/-/asset_publisher/SnWbrCofr6d3/content/avviso-agli-stakeholder-1

PIAO

Piano Integrato
di Attività e
Organizzazione
Consultazione
pubblica



aziendale verso un maggiore valore pubblico.

Come partecipare

È possibile inviare osservazioni, proposte e suggerimenti sui temi del PIAO inviando una e-mail a rpd@aslnapoli1centro.it, indicando nell'oggetto: "Consultazione Stakeholder – PIAO 2026–2028".

Termine per l'invio dei contributi: entro il 16/01/2026.

Documento di riferimento: Ai fini della consultazione, è possibile prendere visione del PIAO vigente 2025–2027, con particolare riferimento alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente / Disposizioni Generali / PIAO, disponibile al seguente link: [PIAO 2025–2027](#)

Tutti i contributi pervenuti saranno esaminati in forma aggregata nell'ambito del processo di predisposizione del PIAO 2026–2028. Il contributo degli stakeholder costituisce una risorsa significativa per rendere il PIAO uno strumento realmente condiviso e aderente alle esigenze del contesto di riferimento.

Il responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza
 Dott.ssa Ester Napolitano
 via Comunale del Principe 13 - 80145 Napoli
 email: rpd@aslnapoli1centro.it
 pec: rpd@pec.aslna1centro.i

Nessuno ha partecipato alla consultazione e, pertanto, non sono pervenuti osservazioni o suggerimenti.

Valore pubblico dell'anticorruzione e della trasparenza

Pubblicare | Proteggere | Programmare

La prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa costituiscono, per l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, leve strutturali di creazione di valore pubblico, in quanto concorrono direttamente alla qualità dei servizi sanitari, alla tutela dei diritti dei cittadini e alla corretta gestione delle risorse pubbliche.

In coerenza con gli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'azione dell'Azienda si fonda su tre direttive integrate:

• Pubblicare

Garantire la piena accessibilità, comprensibilità e aggiornamento delle informazioni, assicurando trasparenza sostanziale dei processi decisionali, tracciabilità delle attività amministrative e conoscibilità dell'azione pubblica, quale presupposto di fiducia e controllo diffuso.

• Proteggere

Salvaguardare l'integrità dell'azione amministrativa, tutelando l'interesse pubblico, i diritti dei cittadini e il personale dell'Azienda, attraverso regole chiare, responsabilità definite, presidi di prevenzione dei rischi corruttivi e sistemi di controllo proporzionati ed efficaci.

• Programmare

Integrare la prevenzione della corruzione e la trasparenza nei processi di pianificazione e gestione, orientando le scelte organizzative verso obiettivi misurabili, sostenibili e coerenti con la missione sanitaria, in una logica di miglioramento continuo delle performance e della qualità dei servizi.

In tale quadro, l'anticorruzione non è intesa come adempimento formale, ma come fattore abilitante di buona amministrazione, strumento di qualità organizzativa e componente essenziale del valore pubblico generato dall'Azienda a beneficio della comunità.

Finalità, metodo di predisposizione e coerenza con il PNA ANAC 2025

La presente Sottosezione del PIAO, dedicata ai “Rischi corruttivi e trasparenza”, costituisce parte integrante della Sezione 2 “Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione” ed è predisposta in coerenza con l’impostazione unitaria e integrata del Piano, come delineata dal legislatore e dagli indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.

La Sottosezione è elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) **nell’ambito di un processo coordinato e partecipato**, che coinvolge i diversi attori dell’organizzazione secondo le rispettive competenze e responsabilità. Alla sua predisposizione e attuazione concorrono, in particolare, l’organo di indirizzo, la dirigenza, le strutture operative, le funzioni di controllo interno, l’OIV e gli ulteriori soggetti a vario titolo coinvolti nei processi aziendali.

La collaborazione tra tali soggetti è intesa come elemento strutturale del sistema di prevenzione e riguarda l’intero ciclo di pianificazione, attuazione e monitoraggio delle misure, contribuendo a creare un contesto istituzionale e organizzativo effettivamente idoneo a supportare l’azione del RPCT e a rafforzare l’efficacia complessiva della strategia di prevenzione.

La presente Sottosezione è finalizzata a prevenire e ridurre il rischio di fenomeni corruttivi, intesi – secondo l’impostazione del Piano Nazionale Anticorruzione – come rischio di assunzione di decisioni non imparziali, in violazione dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e trasparenza dell’azione amministrativa. In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2025, l’Azienda adotta un approccio integrato e proporzionato alla gestione del rischio corruttivo, fondato sulla consapevolezza che l’esposizione al rischio varia in relazione alle dimensioni, all’assetto organizzativo e alle caratteristiche del contesto territoriale e operativo di riferimento.

La prevenzione della corruzione è pertanto intesa come processo continuo e trasversale, strettamente connesso alla pianificazione strategica, al ciclo della performance e all’organizzazione aziendale, e non come mero adempimento formale. Il Piano si fonda sulla metodologia di risk management delineata dall’ANAC, articolata nelle seguenti fasi essenziali:

- analisi del contesto interno ed esterno;
- individuazione e valutazione dei processi a rischio;
- definizione e attuazione di misure di prevenzione proporzionate;
- monitoraggio e aggiornamento del sistema di prevenzione.

Natura dinamica della Sottosezione e obiettivi di prevenzione

La Sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” ha natura dinamica ed è suscettibile di aggiornamento nel corso del triennio, in relazione a:

- evoluzioni del quadro normativo e regolamentare;
- modifiche dell’assetto organizzativo aziendale;
- esiti delle attività di monitoraggio e dell’esperienza applicativa.

Essa si configura come un programma operativo volto a presidiare le aree e i processi a maggiore esposizione al rischio, a definire misure di prevenzione efficaci e a pianificare attività di monitoraggio sostenibili e coerenti con l’organizzazione aziendale.

Obiettivi strategici della prevenzione della corruzione

In coerenza con gli assi strategici del PNA 2025, l’Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- ridurre i fattori di rischio corruttivo, attraverso un’analisi strutturata dei processi e l’adozione di misure proporzionate;
- rafforzare la trasparenza sostanziale, orientando gli obblighi di pubblicazione alla qualità, alla chiarezza e all’utilità delle informazioni;
- potenziare i sistemi di monitoraggio e controllo, favorendo l’individuazione tempestiva di anomalie e criticità;
- integrare la prevenzione della corruzione con il ciclo della performance, la programmazione organizzativa e la formazione del personale;

- chiarire ruoli e responsabilità interne, promuovendo una responsabilizzazione diffusa delle strutture aziendali;
- qualificare la mappatura dei processi, quale fondamento del sistema di gestione del rischio;
- razionalizzare il sistema della trasparenza, in un'ottica di semplificazione e sostenibilità.

Tali obiettivi si inseriscono nell'asse trasversale del PNA 2025 volto al rafforzamento della governance del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, valorizzando il ruolo dell'organo di indirizzo, il presidio del RPCT e il coinvolgimento responsabile delle strutture aziendali.

TABELLA DI RACCORDO PIAO - OBIETTIVI STRATEGICI – ASSI STRATEGICI PNA 2025 – MISURE DI PREVENZIONE

Obiettivo strategico	Asse strategico PNA ANAC 2025	Misure di prevenzione
Ridurre i fattori di rischio di corruzione	Gestione del rischio corruttivo basata sull'analisi dei processi e sulla proporzionalità delle misure	Aggiornamento periodico della mappatura dei processi; individuazione dei processi a maggior rischio; adozione di misure generali e specifiche proporzionate al livello di rischio
Promuovere maggiori livelli di trasparenza	Trasparenza come leva di prevenzione e strumento di accountability	Razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione; miglioramento della qualità e dell'accessibilità dei dati pubblicati; monitoraggio della completezza e tempestività delle pubblicazioni
Aumentare la capacità di scoprire i casi di corruzione	Rafforzamento dei sistemi di controllo, monitoraggio e rilevazione delle anomalie	Potenziamento dei controlli interni; utilizzo di indicatori di anomalia; valorizzazione del sistema di segnalazione degli illeciti (whistleblowing)
Integrare il Piano con gli strumenti di programmazione aziendale	Integrazione tra prevenzione della corruzione, performance, organizzazione e formazione	Coordinamento con il Piano della Performance e il Piano della Formazione; inserimento di obiettivi anticorruzione nel ciclo della performance; formazione mirata sui processi a rischio
Chiarire ruoli e responsabilità interne	Responsabilizzazione diffusa e presidio dei processi a rischio	Formalizzazione delle responsabilità nei processi a rischio; coinvolgimento dei dirigenti; attribuzione chiara dei compiti in materia di prevenzione e trasparenza
Revisionare la mappatura dei processi secondo la nuova metodologia PNA	Qualità della mappatura e analisi sostanziale dei processi	Applicazione della metodologia ANAC; analisi puntuale delle fasi di processo; aggiornamento continuo della mappatura in funzione dei cambiamenti organizzativi
Razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione	Semplificazione, chiarezza e responsabilità nel sistema della trasparenza	Individuazione dei referenti della pubblicazione; definizione di procedure standard; monitoraggio degli adempimenti e interventi correttivi

Governance della prevenzione della corruzione e della trasparenza

La governance del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASL Napoli 1 Centro è improntata ai principi di **responsabilizzazione diffusa, coordinamento e integrazione**, in coerenza con il quadro normativo vigente e con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025.

L'Organo di indirizzo strategico definisce gli indirizzi generali in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, assicurando il supporto organizzativo necessario e favorendo l'integrazione del sistema con gli altri strumenti di programmazione aziendale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) esercita funzioni di **impulso, coordinamento e presidio** del sistema, curando in particolare:

- la proposta e l'aggiornamento della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO;

- il coordinamento delle attività di analisi e gestione del rischio corruttivo;
- il monitoraggio dell’attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza;
- il raccordo con le strutture aziendali e con le altre funzioni di controllo.

I Responsabili delle strutture aziendali partecipano attivamente alla gestione del rischio corruttivo, ciascuno per il proprio ambito di competenza, contribuendo:

- all’individuazione e all’aggiornamento dei processi a rischio;
- all’attuazione delle misure di prevenzione;
- alle attività di monitoraggio e rendicontazione.

Il sistema si avvale inoltre del contributo delle funzioni aziendali che, per ruolo e competenze, presidiano specifici ambiti di rischio, tra cui il Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD), il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO), le strutture preposte ai controlli interni e alla performance e il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), quale presidio di trasparenza in materia di contratti pubblici.

Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione

Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza è fondato sul **coinvolgimento coordinato** di una pluralità di soggetti interni ed esterni all’Amministrazione.

In considerazione della complessità organizzativa dell’Azienda, il RPCT si avvale del supporto di una **unità organizzativa dedicata**, che collabora alla pianificazione, all’attuazione e al monitoraggio delle misure di prevenzione, nonché al presidio degli obblighi di trasparenza e di accesso civico.

Sono coinvolti nel sistema, ciascuno per i profili di competenza:

- la Direzione strategica;
- i dirigenti e i responsabili delle strutture aziendali;
- i referenti per la prevenzione della corruzione eventualmente individuati;
- l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- tutto il personale e i collaboratori dell’Azienda.

La governance del sistema si avvale inoltre del contributo delle funzioni aziendali che, per ruolo e competenze, presidiano specifici ambiti di rischio, tra cui:

- il Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio;
- il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD);
- il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO);
- le strutture preposte ai controlli interni e alla performance;
- il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), quale presidio di trasparenza in materia di contratti pubblici⁸.

Il sistema opera inoltre in raccordo con i soggetti istituzionali esterni che svolgono funzioni di indirizzo, controllo o vigilanza, nonché con gli stakeholder del territorio, inclusi cittadini, utenti dei servizi sanitari e operatori economici.

La governance è orientata a garantire un equilibrio tra **presidio centrale e responsabilizzazione delle strutture**, favorendo un approccio sostanziale, integrato e sostenibile alla gestione del rischio corruttivo.

⁸ Il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante, individuato dall’ASL Napoli 1 Centro con deliberazione del Direttore Generale n. 1667 del 26 novembre 2021 (che revoca la precedente delibera n. 863 del 18 giugno 2021), è il dr. Enrico Aversano, Direttore Unità Operativa Complessa Acquisizione Servizi.

Responsabilità aziendali per l'attuazione del Piano

L'attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO costituisce parte integrante dei doveri organizzativi e funzionali dei dirigenti, dei responsabili di struttura e del personale, ciascuno in relazione alle proprie competenze.

I Responsabili delle strutture aziendali sono tenuti a garantire:

- la corretta attuazione delle misure di prevenzione previste;
- il rispetto degli obblighi in materia di trasparenza;
- la collaborazione con il RPCT nelle attività di monitoraggio, aggiornamento e rendicontazione.

Il rispetto degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza rileva ai fini della **valutazione della performance organizzativa e individuale**, in coerenza con l'impostazione unitaria del PIAO e con le disposizioni normative vigenti. Il mancato rispetto delle misure previste può comportare l'attivazione delle responsabilità stabilite dall'ordinamento.

Obiettivi di performance: anticorruzione, trasparenza e protezione dei dati

Le tabelle di performance riportate nel presente Piano individuano obiettivi finalizzati a rafforzare:

- l'integrità dell'azione amministrativa e la prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento ai processi maggiormente esposti a rischio (quali acquisti e contratti, gestione economico-finanziaria, gestione del personale, controlli, liste di attesa, rapporti con soggetti esterni e procedimenti ad alta discrezionalità), attraverso presidi di tracciabilità, correttezza procedimentale, segregazione delle funzioni, controlli e gestione dei conflitti di interesse;
- la conformità alla normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR), con riferimento ai trattamenti e ai flussi informativi che coinvolgono dati personali e sanitari ad elevata sensibilità, mediante il rafforzamento delle misure di sicurezza, controllo degli accessi, utilizzo di canali sicuri e prevenzione dei data breach.

Tali obiettivi costituiscono parte integrante del sistema di performance aziendale e concorrono al rafforzamento della **compliance organizzativa**, della tutela dei diritti degli interessati e dell'affidabilità complessiva dei processi aziendali.

A supporto della presente sottosezione, e nelle more della definizione degli obiettivi individuali di performance, che saranno declinati con successivi atti attuativi della Direttiva del Direttore Generale, sono allegati al **PIAO 2026–2028**, quali **parti integranti del sistema aziendale di prevenzione della corruzione, di trasparenza e di protezione dei dati personali**, i seguenti documenti operativi, redatti in coerenza con il **Piano Nazionale Anticorruzione** e con gli indirizzi dell'**Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)**:

- la tabella generale degli obiettivi di Performance – Anticorruzione / Privacy (PIAO 2026), con riferimento agli obiettivi trasversali di sistema;
- la tabella dei Macro-obiettivi trasversali (PIAO 2026);
- la mappatura dei processi a rischio corruttivo, recante l'individuazione dei principali processi esposti a rischio, la relativa valutazione e le misure di prevenzione associate;
- le misure generali di prevenzione della corruzione, contenenti i presidi trasversali adottati dall'Azienda (conflitti di interesse, rotazione, whistleblowing e misure organizzative).

Tali allegati **assolvono a una funzione di supporto programmatico e operativo**, garantendo la **continuità del presidio anticorruzione e di trasparenza**, nonché la **tracciabilità, il monitoraggio e la verificabilità** delle misure previste, **in integrazione con la programmazione aziendale e con il ciclo della performance**, ferma restando la successiva declinazione degli obiettivi individuali.

Aggiornamento e monitoraggio della sottosezione

L'ASL Napoli 1 Centro assicura l'aggiornamento annuale della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, garantendo la coerenza del sistema di prevenzione con l'evoluzione del contesto normativo, organizzativo e operativo. Nel corso dell'esercizio è svolta un'attività di monitoraggio periodico, anche infranucale, finalizzata a verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione, individuare eventuali criticità e supportare l'adozione di azioni correttive, con il coinvolgimento delle strutture aziendali competenti.

Il monitoraggio si fonda su strumenti strutturati di rendicontazione e confronto, anche al fine di raccogliere proposte di miglioramento, in un'ottica di rafforzamento progressivo dell'efficacia e della sostenibilità del sistema di prevenzione, nel rispetto delle Linee guida PIAO e del PNA 2025.

Ambito di applicazione

Le disposizioni della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" si applicano a tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, operano nell'organizzazione aziendale o agiscono per conto dell'Azienda, in relazione alla natura del rapporto instaurato.

Rientrano, in particolare:

- il personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato;
 - i componenti degli organi di vertice e di controllo;
 - i soggetti con rapporti convenzionali;
 - consulenti, collaboratori ed esperti;
 - il personale delle imprese affidatarie di lavori, servizi e forniture;
 - ogni altro soggetto che svolga attività per conto dell'Azienda.
-

Diffusione, conoscenza e clausole di attuazione

L'Azienda assicura la diffusione e la conoscenza del PIAO mediante la pubblicazione sul sito istituzionale e sugli ulteriori canali informativi aziendali, nonché attraverso iniziative informative rivolte al personale e ai soggetti esterni interessati.

Negli atti di instaurazione dei rapporti di lavoro, collaborazione o affidamento è previsto il richiamo agli obblighi di conoscenza e osservanza del PIAO e dei Codici di comportamento, secondo le modalità definite negli atti organizzativi e contrattuali.

Il rispetto delle disposizioni del Piano rileva ai fini del monitoraggio del sistema di prevenzione e delle responsabilità previste dall'ordinamento.

Coerenza e integrazione con il Piano della Performance

Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza è integrato con la programmazione strategica, il ciclo della performance e i sistemi di controllo interno, in coerenza con il quadro normativo vigente e con il PNA 2025.

Il PIAO assicura una programmazione unitaria, traducendo le misure di integrità e trasparenza in obiettivi aziendali misurabili e rilevanti ai fini della valutazione delle performance.

L'integrazione si realizza attraverso:

- l'inserimento di obiettivi anticorruzione e trasparenza tra gli obiettivi di performance organizzativa;
- il raccordo tra misure di prevenzione, monitoraggio e valutazione;
- la valorizzazione del ruolo dei dirigenti e delle strutture apicali nell'attuazione delle strategie di integrità.

Gli obiettivi riguardano, in particolare:

- aggiornamento della mappatura dei processi e analisi dei rischi;
- monitoraggio delle misure nei processi a maggiore esposizione;
- rafforzamento della regolamentazione interna;
- miglioramento dei flussi informativi e della qualità della pubblicazione;
- potenziamento della formazione e della sensibilizzazione;
- coordinamento con gli altri sistemi di controllo dei rischi.

Metodologia di analisi e gestione del rischio corruttivo

(PNA 2025 – PIAO 2026)

La metodologia adottata dall'ASL Napoli 1 Centro è coerente con il PNA 2025 ed è ispirata a un approccio integrato, dinamico e proporzionato, orientato all'effettività delle misure e alla sostenibilità organizzativa.

La gestione del rischio è concepita come processo continuo, integrato nella pianificazione strategica, nel ciclo della performance e nei sistemi di controllo interno.

Approccio metodologico

L'Azienda adotta un modello di risk management sostanziale, fondato su:

- focalizzazione sui processi effettivamente esposti a rischio;
- analisi qualitative basate sull'esperienza organizzativa;
- valorizzazione dei presidi già esistenti;
- aggiornamento selettivo della mappatura in funzione delle priorità.

È privilegiata la qualità dell'analisi rispetto all'estensione indiscriminata della mappatura.

Fasi del processo di gestione del rischio

1. **Analisi del contesto:** Valuta fattori interni (assetto organizzativo, complessità dei processi, esiti dei controlli) ed esterni (contesto territoriale, rapporti con soggetti esterni, fenomeni settoriali).
2. **Mappatura dei processi a rischio:** Condotta in modo selettivo, in base a rilevanza economica, discrezionalità, rapporti con l'esterno e complessità procedurale. Aggiornata in presenza di modifiche organizzative, normative o criticità.
3. **Valutazione del rischio:** Di tipo qualitativo, orientata a individuare il rischio residuo tenendo conto delle misure già in essere.
4. **Trattamento del rischio:** Attraverso misure generali e specifiche, calibrate sul livello di rischio e orientate a:
 - controlli interni;
 - semplificazione e standardizzazione;
 - tracciabilità e trasparenza;
 - formazione e responsabilizzazione.
5. **Monitoraggio e aggiornamento:** Verifica periodica dell'attuazione e dell'efficacia delle misure, con eventuali interventi correttivi. Gli esiti alimentano l'aggiornamento annuale del PIAO.

DIAGRAMMA LOGICO PIAO 2026

Sistema integrato di prevenzione della corruzione e trasparenza - (valore pubblico – qualità – tutela organizzativa)

CONTESTO DI RIFERIMENTO

- Missione sanitaria pubblica
- Tutela del diritto alla salute
- Equità di accesso alle cure
- Complessità organizzativa e territoriale



VALORE PUBBLICO

Anticorruzione e trasparenza come:

- leva di qualità dei servizi sanitari
- garanzia di imparzialità e affidabilità
- tutela dei cittadini e del personale



PRINCIPIO GUIDA ANAC

PUBBLICARE / PROTEGGERE / PROGRAMMARE

- PUBBLICARE → trasparenza utile, accessibile, tracciabile
- PROTEGGERE → regole chiare, presidi, responsabilità
- PROGRAMMARE → integrazione con PIAO e performance



SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

1. Analisi del contesto (interno / esterno)
2. Mappatura selettiva dei processi a rischio
3. Valutazione qualitativa del rischio
4. Trattamento del rischio
 - misure generali (conflitti, rotazione, whistleblowing)
 - misure specifiche sui processi critici
5. Monitoraggio e aggiornamento



GOVERNANCE DEL SISTEMA

- Organo di indirizzo: indirizzi strategici
- RPCT: coordinamento, presidio, monitoraggio
- Strutture aziendali: attuazione e responsabilità diffusa
- Funzioni di controllo (OIV, RPD, RTD, RASA)



INTEGRAZIONE CON PERFORMANCE E FORMAZIONE

- Obiettivi anticorruzione e trasparenza
- Indicatori misurabili e verificabili
- Formazione orientata alle competenze
- Valorizzazione del personale



RISULTATI ATTESI

- Servizi sanitari più equi e affidabili
- Decisioni tracciabili e motivate
- Riduzione delle criticità e dei contenziosi
- Rafforzamento della fiducia dei cittadini
- Tutela dell'Azienda e delle persone

L'ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

L'analisi del contesto esterno e del contesto interno costituisce una fase preliminare e imprescindibile del processo di gestione del rischio corruttivo, in quanto consente di calibrare in modo appropriato le misure di prevenzione in relazione alle caratteristiche specifiche dell'Amministrazione e dell'ambiente istituzionale, territoriale e organizzativo in cui essa opera. In coerenza con l'impostazione del Piano Nazionale Anticorruzione, l'analisi del contesto è funzionale a una lettura **sostanziale e non meramente formale** del rischio corruttivo, inteso in senso ampio come rischio di assunzione di decisioni non imparziali e di fenomeni di cattiva amministrazione, suscettibili di compromettere il buon andamento, l'imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa, nonché di incidere negativamente sulla creazione e sulla tutela del Valore Pubblico. Nell'ottica del legislatore del PIAO, quale strumento unitario e integrato di pianificazione, l'analisi del contesto esterno e interno rappresenta un presupposto trasversale dell'intero processo programmatico e concorre a orientare sia la definizione delle strategie di intervento sia la predisposizione delle diverse Sottosezioni del Piano. I dati e le informazioni raccolti nell'ambito delle varie Sezioni e Sottosezioni confermano un patrimonio conoscitivo comune e unitario, utilizzato in modo coordinato ai fini della pianificazione, dell'attuazione e del monitoraggio delle misure.

IL CONTESTO ESTERNO

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno è finalizzata a individuare gli elementi di natura territoriale, sociale, economica e istituzionale che possono incidere sul livello di esposizione dell'Azienda al rischio corruttivo, con particolare riferimento:

- alla complessità del territorio di riferimento;
- all'intensità e varietà dei rapporti con soggetti esterni, operatori economici ed erogatori accreditati;
- alle dinamiche settoriali proprie dell'ambito sanitario;
- a eventuali fattori di vulnerabilità che possono favorire fenomeni di opacità o di cattiva amministrazione.

Come evidenziato dall'ANAC, le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Amministrazione opera – incluse variabili sociali, economiche e culturali – incidono sulle modalità di manifestazione dei fenomeni corruttivi e rendono necessario un approccio di analisi contestualizzato e non standardizzato.

L'analisi del contesto esterno non è pertanto intesa come mera descrizione del territorio, ma come strumento conoscitivo funzionale a:

- orientare la selezione delle aree e dei processi a maggiore esposizione al rischio;
- calibrare in modo proporzionato le misure di prevenzione;
- rafforzare la capacità dell'Azienda di intercettare e prevenire fenomeni di cattiva amministrazione.

Tale analisi è svolta in modo dinamico e aggiornabile, tenendo conto dell'evoluzione del contesto e delle evidenze che emergono dalle attività di monitoraggio, controllo e confronto istituzionale.

METODOLOGIA ADOTTATA PER L'ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Per la conduzione dell'analisi del contesto esterno, l'Azienda ha adottato un approccio selettivo e proporzionato, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

In particolare:

- sono stati verificati e utilizzati, ove pertinenti, **dati e informazioni già disponibili presso altre amministrazioni e fonti istituzionali qualificate**, al fine di evitare duplicazioni e garantire coerenza informativa;
- i **dati oggettivi considerati** (quali, a titolo esemplificativo, dati di natura giudiziaria, economica e settoriale) sono stati **valutati attentamente sotto il profilo della pertinenza, attendibilità e aggiornamento**, con specifico riferimento al territorio e al settore sanitario di operatività dell'Azienda.

Tale impostazione ha consentito di orientare l'analisi su elementi effettivamente rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, evitando letture generalistiche o non contestualizzate e garantendo un utilizzo responsabile e consapevole delle informazioni disponibili.

In coerenza con l'impostazione del PIAO quale strumento unitario e integrato di pianificazione, l'analisi del contesto esterno è coordinata con quanto sviluppato nella Sottosezione 2.1 "Valore Pubblico", con particolare riferimento agli elementi che incidono sull'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, sulla continuità assistenziale e sulla qualità dei servizi erogati. Tali elementi sono valorizzati, nella presente Sottosezione, esclusivamente nella misura in cui risultano rilevanti ai fini della valutazione dell'esposizione al rischio corruttivo e della programmazione di misure di prevenzione proporzionate.

IL CONTESTO INTERNAZIONALE

Il contesto internazionale (rilevanza ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza)



Nel contesto internazionale, la prevenzione della corruzione è riconosciuta come componente essenziale delle politiche di buona amministrazione e di tutela dei diritti fondamentali, in particolare nei settori ad alto impatto sociale ed economico, quali la sanità pubblica.

Organismi internazionali ed europei hanno più volte evidenziato come il settore sanitario presenti un'elevata esposizione a rischi di cattiva amministrazione, in ragione:

- dell'elevato volume di risorse finanziarie gestite;
- della complessità dei processi decisionali e dei rapporti tra soggetti pubblici e privati;
- dell'asimmetria informativa tra amministrazioni, operatori e cittadini;
- dell'impatto diretto che le decisioni amministrative e gestionali producono sulla salute della popolazione.

Le analisi condotte a livello internazionale hanno inoltre messo in evidenza che i fenomeni corruttivi in ambito sanitario non determinano esclusivamente effetti economici negativi, ma incidono in modo significativo sull'equità di accesso ai servizi, sulla qualità delle prestazioni erogate e sul livello di fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni sanitarie, con ricadute particolarmente rilevanti sulle fasce più fragili della popolazione.

In tale quadro, le strategie di contrasto alla corruzione promosse in ambito europeo e internazionale valorizzano un approccio integrato, fondato non solo su regole e controlli, ma anche su trasparenza, tracciabilità dei processi, responsabilizzazione degli attori coinvolti e diffusione di una cultura dell'integrità.

L'impostazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato dall'ASL Napoli 1 Centro si colloca in coerenza con tali orientamenti, assumendo la prevenzione come leva strutturale di qualità dell'azione amministrativa e dei servizi sanitari, nonché come strumento di produzione di valore pubblico, a tutela del diritto alla salute, dell'equità e dell'affidabilità complessiva dell'istituzione⁹.

⁹ La nota metodologica per l'analisi del contesto esterno e interno è allegata al PIAO

IL CONTESTO NAZIONALE (Fonte Transparency International)¹⁰



minore percezione, sulla base di valutazioni espresse da analisti, esperti e osservatori qualificati a livello internazionale.

Secondo il **CPI 2024**, l'Italia ottiene un punteggio pari a **54/100**, collocandosi al **52° posto su 180 Paesi** a livello mondiale e al **19° posto tra i 27 Stati membri dell'Unione Europea**. Il dato evidenzia una **lieve flessione rispetto all'anno precedente**, segnando la prima inversione di tendenza dopo un periodo di progressivo miglioramento avviato a partire dall'entrata in vigore della legge n. 190/2012. Tale andamento conferma la persistenza di **criticità strutturali** nel sistema di prevenzione della corruzione a livello nazionale, pur in presenza di un quadro normativo e istituzionale significativamente rafforzato rispetto al passato.

Nel medio periodo, l'evoluzione dell'Indice mostra comunque un **miglioramento complessivo** rispetto ai valori registrati nel primo decennio di rilevazione, attribuibile anche al consolidamento di strumenti di prevenzione quali la disciplina del **whistleblowing**, il rafforzamento degli obblighi di **trasparenza** e l'evoluzione della normativa in materia di **contratti pubblici**, che hanno contribuito a rafforzare i presidi di integrità del settore pubblico.

Il presente Piano riporta il **CPI 2024** in quanto **l'Indice di Percezione della Corruzione 2025** sarà ufficialmente presentato il **10 febbraio 2026 a Roma da Transparency International Italia**. L'aggiornamento dei dati sarà tenuto in considerazione nelle successive attività di monitoraggio e revisione del sistema di prevenzione aziendale.

Le evidenze fornite da *Transparency International* confermano la necessità di mantenere **elevata l'attenzione sui profili di rischio**, evidenziando come i risultati conseguiti non possano considerarsi acquisiti in via definitiva, ma richiedano un impegno continuo sul piano dell'attuazione concreta delle misure di prevenzione, del rafforzamento dei controlli e della diffusione di una **cultura dell'integrità**.

In tale quadro, l'impostazione del sistema di prevenzione della corruzione adottato dall'ASL Napoli 1 Centro si colloca in **coerenza con le indicazioni nazionali e internazionali**, valorizzando un approccio strutturale, integrato e di lungo periodo, in linea con il Piano Nazionale Anticorruzione e con gli obiettivi del PIAO, orientato alla tutela del valore pubblico e al rafforzamento della fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.



¹⁰ **Transparency International** è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo: <https://www.transparency.it/chi-siamo>.

IL CONTESTO EUROPEO

(Verso un quadro comune di prevenzione della corruzione)

L’**Unione Europea** ha avviato negli ultimi anni un processo legislativo volto a rafforzare e armonizzare, a livello comunitario, la prevenzione e il contrasto dei fenomeni corruttivi, attraverso la proposta di una **Direttiva europea anticorruzione** finalizzata alla definizione di standard minimi comuni applicabili negli Stati membri.

La proposta di Direttiva è stata oggetto di un articolato negoziato tra **Parlamento Europeo, Consiglio dell’Unione Europea e Commissione Europea**, con l’obiettivo di:

- uniformare le definizioni dei reati di corruzione;
- rafforzare le misure di prevenzione;
- promuovere strumenti di cooperazione giudiziaria e amministrativa;
- estendere l’attenzione ai profili di integrità sia nel settore pubblico sia in quello privato.

Nel corso del **2025** è stato raggiunto un **accordo politico provvisorio** tra Parlamento e Consiglio sul testo della Direttiva. Il testo concordato è attualmente in fase di **adozione formale**, preliminare alla pubblicazione nella **Gazzetta ufficiale dell’Unione Europea** e alla successiva entrata in vigore.

Una volta adottata, la Direttiva prevede un **periodo di recepimento esteso** per gli Stati membri, stimato fino a **36 mesi**, al fine di consentire l’adeguamento degli ordinamenti nazionali agli standard europei comuni.

Il processo in corso testimonia l’impegno dell’Unione Europea a consolidare un approccio **strutturale, coordinato e di lungo periodo** alla prevenzione della corruzione, rafforzando la cultura dell’integrità, la cooperazione transnazionale e la tutela del valore pubblico.

In tale contesto, l’impostazione del sistema di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza adottata dall’ASL Napoli 1 Centro si colloca in **coerenza prospettica** con gli orientamenti europei emergenti, anticipandone i principi fondamentali attraverso un approccio integrato, proporzionato e orientato all’effettività, in linea con il **Piano Nazionale Anticorruzione** e con il **PIAO 2026–2028**.

Direttiva europea anticorruzione – Stato di avanzamento (aggiornamento 2026)

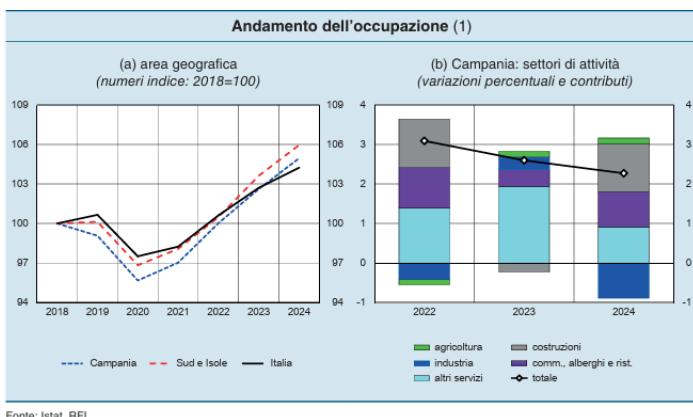
Fase	Periodo	Contenuto essenziale	Rilevanza per il sistema di prevenzione
Proposta della Commissione europea	2023	Avvio dell’iniziativa legislativa volta ad armonizzare le norme penali e preventive in materia di corruzione negli Stati membri	Rafforzamento del quadro normativo europeo di riferimento
Posizione del Parlamento europeo	Febbraio 2024	Adozione di una risoluzione che amplia l’impostazione originaria, includendo il riconoscimento dei diritti delle vittime della corruzione e il ruolo della società civile	Valorizzazione della prevenzione, della trasparenza e della partecipazione
Posizione del Consiglio dell’Unione Europea	Giugno 2024	Conferma dell’impianto generale della Direttiva con modifiche tecniche volte a rafforzare cooperazione e applicazione negli Stati membri	Rafforzamento dell’approccio coordinato e transnazionale
Negoziati interistituzionali (triloghi)	2025	Confronto tra Commissione, Parlamento e Consiglio per la definizione del testo finale	Consolidamento degli standard minimi comuni

Fase	Periodo	Contenuto essenziale	Rilevanza per il sistema di prevenzione
Accordo politico provvisorio	Dicembre 2025	Raggiungimento dell'intesa sul testo della Direttiva anticorruzione	Passaggio decisivo verso l'adozione formale
Adozione formale e pubblicazione	Attesa nel 2026	Approvazione definitiva e pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'UE	Entrata in vigore della Direttiva
Recepimento negli Stati membri	Fino a 36 mesi dall'entrata in vigore	Adeguamento degli ordinamenti nazionali agli standard europei	Allineamento del sistema nazionale e aziendale di prevenzione

*Il processo di adozione della Direttiva europea anticorruzione conferma l'evoluzione del contrasto alla corruzione verso un modello **integrato, preventivo e sovranazionale**, in coerenza con l'impostazione del Piano Nazionale Anticorruzione e del presente PIAO. L'Azienda monitora l'evoluzione del quadro europeo al fine di garantire il progressivo allineamento dei propri presidi organizzativi e procedurali.*

SCENARIO ECONOMICO REGIONALE¹¹

Quadro macroeconomico regionale



Il contesto economico della Regione Campania, come evidenziato dalla Banca d'Italia nel Rapporto annuale 2024 *"L'economia della Campania"*, presenta criticità strutturali che incidono sulla capacità amministrativa, sulla qualità della spesa pubblica e sull'efficace utilizzo delle risorse ordinarie e straordinarie.

Nel 2024 l'economia regionale ha registrato una crescita moderata, sostenuta prevalentemente dai servizi e dal settore delle costruzioni, a fronte di una persistente debolezza del comparto manifatturiero.

Nonostante livelli di crescita lievemente superiori alla media nazionale e del Mezzogiorno, il prodotto regionale non ha ancora recuperato i valori precedenti alle crisi del periodo 2008–2011.

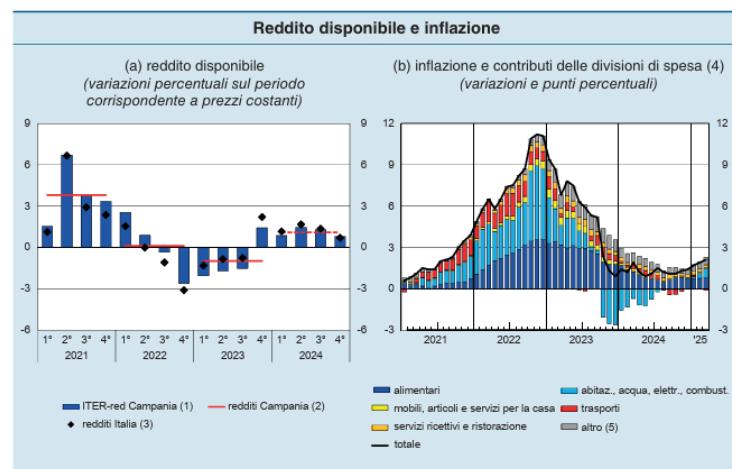
Il mercato del lavoro ha mostrato segnali di miglioramento, soprattutto nei servizi e nelle costruzioni, ma permane una fragilità delle condizioni reddituali delle famiglie, anche in relazione alla significativa incidenza delle misure di sostegno al reddito e a dinamiche retributive inferiori alla media nazionale.

¹¹ Tratto da:

- Presentazione del rapporto annuale sul 2024: "L'economia della Campania" – Banca d'Italia
- L'economia della Campania - Rapporto annuale Banca d'Italia

La finanza pubblica decentrata evidenzia una crescita contenuta della spesa corrente, trainata in particolare dai costi per beni, servizi e personale – con rilevanza del comparto sanitario – a fronte di una riduzione della spesa in conto capitale. Le entrate degli enti territoriali restano fortemente dipendenti dai trasferimenti, riflettendo una limitata capacità fiscale locale.

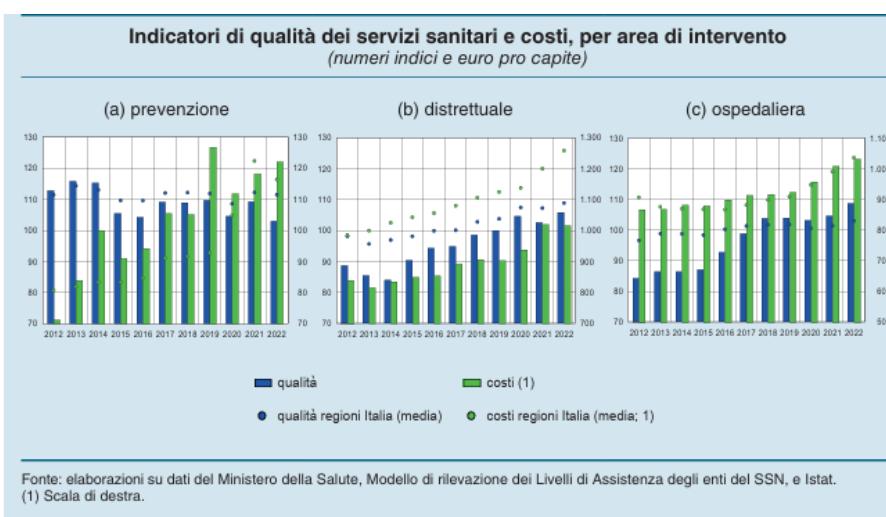
In tale contesto, **la spesa sanitaria** rappresenta la principale componente della spesa corrente regionale. Nel 2024 essa ha continuato a crescere, soprattutto per i costi del personale e degli acquisti di beni e servizi, pur mantenendosi, in termini pro capite, su livelli inferiori alla media nazionale. Le assunzioni successive all'emergenza pandemica hanno rafforzato gli organici del Servizio sanitario regionale; tuttavia, la dotazione di personale in rapporto alla popolazione rimane inferiore rispetto ad altre regioni, anche per effetto di flussi in uscita e dimissioni volontarie, in particolare del personale medico.



Fonte: Banca d'Italia ed elaborazioni su dati Istat. Cfr. nelle *Note metodologiche. Rapporti annuali regionali* sul 2024 la voce *Indicatori regionali trimestrali dei redditi e dei consumi*.
 (1) Indicatore trimestrale del reddito disponibile lordo delle famiglie consumatrici residenti nella regione (ITER-red). – (2) Reddito disponibile lordo delle famiglie consumatrici in regione, di fonte Istat; per l'ultimo anno indicatore ITER-red, valore medio annuo. – (3) Reddito disponibile lordo delle famiglie consumatrici residenti in Italia. – (4) Variazione sui 12 mesi dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC). – (5) Include le divisioni di spesa: bevande alcoliche e tabacchi; abbigliamento e calzature; servizi sanitari e spese per la salute; comunicazioni; ricreazione, spettacoli e cultura; istruzione; altri beni e servizi.

Alla luce delle dinamiche demografiche, organizzative e finanziarie in atto, emerge con chiarezza la necessità di rafforzare l'assistenza territoriale, migliorare l'integrazione dei servizi e garantire un utilizzo efficiente, trasparente e responsabile delle risorse pubbliche, anche con riferimento agli investimenti e alle riforme connesse al PNRR.

In tale scenario, i presidi di prevenzione della corruzione, trasparenza amministrativa e controllo interno assumono un ruolo strategico per la sostenibilità e la qualità dell'azione sanitaria.



Fonte: elaborazioni su dati del Ministero della Salute, Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN, e Istat.
 (1) Scala di destra.

prevenzione della corruzione, trasparenza amministrativa e controllo interno costituiscono leve essenziali per assicurare la sostenibilità e la qualità dell'azione sanitaria aziendale.

Il documento è disponibile al link:

<https://www.bancaditalia.it/media/notizia/presentazione-del-rapporto-annuale-sul-2024-l-economia-della-campania/>

I CONDIZIONAMENTI CRIMINALI A DANNO DELLA SANITÀ

Il settore sanitario è riconosciuto come uno degli ambiti della pubblica amministrazione maggiormente esposti al rischio di condizionamenti illeciti e infiltrazioni criminali, in ragione:

- dell'elevato volume di risorse finanziarie gestite;
- della complessità dei processi decisionali;
- della frequente interazione pubblico-privato;
- della rilevanza dei diritti fondamentali coinvolti.

Tali caratteristiche possono favorire fenomeni di illegalità, corruzione e cattiva amministrazione, che si manifestano, tra l'altro, attraverso alterazioni delle procedure di affidamento, interferenze nella gestione dei contratti, condizionamenti organizzativi e opacità nei rapporti con soggetti esterni. La prevenzione della corruzione e il contrasto ai tentativi di infiltrazione criminale costituiscono pertanto una condizione essenziale per la tutela dell'interesse pubblico, per la garanzia dell'universalità e dell'equità delle prestazioni sanitarie e per il rafforzamento della fiducia dei cittadini nel Servizio sanitario.

Una strategia efficace di prevenzione richiede un sistema integrato di presidi organizzativi, procedurali e culturali, orientato a:

- accrescere la consapevolezza dei rischi corruttivi;
- promuovere comportamenti improntati a lealtà istituzionale ed etica pubblica;
- rafforzare il senso di responsabilità e appartenenza organizzativa;
- ridurre le aree di opacità e vulnerabilità.

In tale prospettiva, assumono rilievo gli indirizzi formulati dall'ANAC, che nella Relazione annuale al Parlamento del 14 maggio 2024 ha ribadito la centralità della trasparenza quale primo presidio anticorruzione, con particolare riferimento ai contratti pubblici, alla digitalizzazione delle procedure, alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, alla qualificazione delle stazioni appaltanti e alla tutela del whistleblowing.

Ogni forma di condizionamento illecito o infiltrazione criminale nel settore sanitario rappresenta una violazione particolarmente grave dell'interesse pubblico, poiché sottrae risorse destinate alla tutela della salute collettiva, compromette l'equità di accesso alle cure e incide direttamente sui diritti fondamentali dei cittadini. Tali fenomeni, oltre a produrre danni economici, risultano eticamente inaccettabili in quanto colpiscono un ambito – quello della salute – che dovrebbe essere integralmente sottratto a logiche di profitto illecito e di interferenza criminale.

L'IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO SUL RISCHIO CORRUTTIVO NELLA REALTÀ DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Le caratteristiche del contesto esterno incidono in modo significativo sulla valutazione del rischio corruttivo dell'ASL Napoli 1 Centro, potendo influenzare sia la probabilità di accadimento di fenomeni di cattiva amministrazione, sia l'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

Tali elementi sono stati puntualmente considerati nell'elaborazione del sistema di analisi e gestione del rischio, nella programmazione delle misure di prevenzione e nella definizione delle attività di monitoraggio, in coerenza con gli indirizzi dell'ANAC e in continuità con i precedenti strumenti di programmazione.

La complessità territoriale, le dimensioni organizzative dell'Azienda e l'elevata esposizione a processi ad alto impatto economico e sociale rendono necessario mantenere un livello costante di attenzione ai rischi corruttivi, rafforzando in modo strutturale i presidi di prevenzione e controllo.

In tale prospettiva, l'Azienda intende proseguire nel triennio 2026–2028:

- nel rafforzamento delle misure di trasparenza;
- nella diffusione e attuazione del Codice di Comportamento aggiornato;
- in iniziative mirate di formazione e sensibilizzazione del personale;
- nel consolidamento di una cultura organizzativa dell'integrità.

Al fine di rafforzare ulteriormente il sistema dei controlli, sarà sottoposta alla Direzione Strategica la proposta di istituire un gruppo di lavoro interno a composizione multidisciplinare, con funzioni di supporto qualificato alle attività di prevenzione e di internal auditing, finalizzato a migliorare l'efficacia dei controlli interni e la capacità di intercettare tempestivamente eventuali criticità, in un'ottica di miglioramento continuo e piena accountability.

A conclusione della descrizione del contesto esterno, è riportato lo schema di sintesi che segue. Il sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda è costruito secondo una logica di **coerenza verticale e integrazione multilivello**, dal contesto internazionale ed europeo fino alla programmazione operativa del PIAO, garantendo l'allineamento tra **indirizzi, rischi e misure di prevenzione**.

Lo schema rappresenta il quadro di riferimento del contesto esterno e delle principali influenze sul sistema di prevenzione aziendale.

CONTESTO ESTERNO – QUADRO MULTILIVELLO

(Riferimenti e influenze sul sistema di prevenzione della corruzione)



LIVELLO INTERNAZIONALE

Organismi e standard globali

- Convenzioni ONU e Consiglio d'Europa
- Analisi e indicatori di Transparency International
- Focus sanitario come settore ad alta esposizione al rischio



INFLUENZA SU PRINCIPI GENERALI, APPROCCIO PREVENTIVO E CULTURA DELL'INTEGRITÀ

EU - LIVELLO DELL'UNIONE EUROPEA

Quadro normativo in evoluzione

- Proposta di Direttiva europea anticorruzione
- Accordo provvisorio Parlamento UE – Consiglio (2025)
- Standard minimi comuni per prevenzione e repressione
- Recepimento nazionale previsto entro 36 mesi



ARMONIZZAZIONE NORMATIVA E RAFFORZAMENTO DEI PRESÌDI DI PREVENZIONE

IT - LIVELLO NAZIONALE

Sistema anticorruzione italiano

- Legge n. 190/2012
- D.Lgs. n. 33/2013 (trasparenza)

- **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2025 – ANAC)**
- **Indicatori CPI – Transparency International**



TRADUZIONE OPERATIVA IN OBBLIGHI, METODOLOGIE E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE



LIVELLO TERRITORIALE E AZIENDALE

ASL Napoli 1 Centro

- **Contesto metropolitano complesso**
- **Elevata interazione pubblico–privato**
- **Processi sanitari e amministrativi ad alto impatto**
- **Presenza di soggetti accreditati e operatori economici**



APPLICAZIONE CONCRETA NEL PIAO 2026–2028



PIAO 2026–2028 – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Sintesi del modello multilivello

- **Analisi del contesto calibrata**
- **Mappatura selettiva dei processi a rischio**
- **Misure proporzionate e sostenibili**
- **Trasparenza come prevenzione**
- **Anticorruzione come leva di qualità dei servizi sanitari**

IL CONTESTO INTERNO



Analisi del contesto interno

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali che influenzano la capacità dell'Azienda di prevenire e presidiare il rischio corruttivo.

In particolare, essa considera:

- l'assetto organizzativo e la distribuzione delle responsabilità;
- la complessità dei processi e dei flussi decisionali;
- il livello di formalizzazione delle procedure;
- le risultanze delle attività di monitoraggio e controllo;
- le criticità emerse nell'attuazione delle misure di prevenzione.

Nell'impostazione del PIAO quale strumento unitario e integrato di programmazione, l'analisi del contesto interno assume un ruolo trasversale e strategico, costituendo il presupposto per la definizione delle misure di prevenzione, della mappatura dei processi a rischio e delle priorità di intervento. Anche l'analisi del contesto interno è intesa come attività dinamica e progressiva, suscettibile di aggiornamento in relazione all'evoluzione dell'organizzazione aziendale, agli esiti del monitoraggio e alle evidenze emerse nel corso dell'attuazione del sistema di prevenzione.

L'analisi del contesto interno consente di delineare il quadro organizzativo e funzionale entro cui opera l'Azienda e rappresenta un presupposto essenziale per l'individuazione, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi e di maladministration. Essa è finalizzata a comprendere in che modo l'assetto organizzativo, i processi decisionali, la distribuzione delle responsabilità e le risorse disponibili incidano sull'esposizione al rischio e sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

Per gli aspetti generali relativi all'organizzazione aziendale, all'articolazione delle strutture, alle funzioni svolte e alle risorse umane, si rinvia alla **Scheda anagrafica dell'organizzazione generale** contenuta nel presente PIAO e all'**Atto aziendale**, pubblicato nel Portale *Amministrazione trasparente*. Tali documenti forniscono, rispettivamente, una rappresentazione sintetica e aggiornata dell'assetto aziendale e la definizione puntuale delle strutture, delle competenze e delle responsabilità. **Approccio per processi e gestione del rischio**

A partire dal disegno organizzativo, l’Azienda ha progressivamente sviluppato un **approccio per processi**, finalizzato a rendere più chiari e governabili i flussi operativi, le responsabilità e le interazioni tra le strutture.

Tale approccio è stato integrato con il sistema di prevenzione della corruzione, in coerenza con le indicazioni dell’ANAC, attraverso:

- la mappatura dei principali processi aziendali;
- l’autovalutazione del livello di esposizione al rischio;
- l’analisi dei rischi specifici riferiti alle singole fasi operative.

Gli esiti di tali attività e le metodologie adottate sono illustrati negli **allegati al PIAO** dedicati alla mappatura dei processi e alla valutazione del rischio, cui si rinvia per gli approfondimenti di dettaglio.

*Nell’ambito dell’analisi del contesto interno assumono rilievo anche i profili connessi al contenzioso assicurativo e alla gestione dei sinistri, quali elementi strutturali che incidono sull’organizzazione, sulla programmazione e sull’utilizzo delle risorse aziendali. L’analisi dell’andamento, delle criticità e degli obiettivi di miglioramento è riportata nell’Allegato al PIAO «**Andamento del contenzioso assicurativo e indirizzi di miglioramento 2026–2028**», predisposto dalla U.O.C. Affari Giuridico-Legali e Contenzioso. Tali elementi sono valutati anche ai fini della tutela del Valore Pubblico, in termini di sostenibilità economico-finanziaria, efficienza organizzativa e qualità dei servizi.*

Linee di sviluppo per il triennio 2026–2028

In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione e con l’impostazione integrata del PIAO, nel triennio 2026–2028 l’Azienda intende **rafforzare ulteriormente l’approccio per processi**, valorizzandolo come strumento di governo organizzativo, prevenzione dei rischi e miglioramento della qualità dell’azione amministrativa.

In particolare, le azioni di sviluppo saranno orientate a:

- incrementare progressivamente il livello di digitalizzazione dei processi, al fine di migliorare la tracciabilità e ridurre le asimmetrie informative;
- consolidare le attività di monitoraggio e controllo interno, con particolare attenzione ai processi a maggiore esposizione al rischio;
- favorire la semplificazione e standardizzazione dei procedimenti, chiarendo responsabilità e riducendo margini di discrezionalità non necessari;
- rafforzare il coordinamento tra strutture, integrando prevenzione della corruzione, trasparenza, performance e controllo di gestione.

Esperienza applicativa e orientamento della programmazione

In coerenza con le indicazioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza tiene conto, oltre che dell’analisi del contesto esterno e interno, anche delle evidenze emerse dall’esperienza applicativa maturata dall’Azienda nel corso dell’attività istituzionale.

In particolare, l’elaborazione della presente Sottosezione è stata orientata da elementi conoscitivi quali le criticità rilevate nell’attuazione dei processi, le risultanze delle attività di monitoraggio e controllo, nonché le segnalazioni e le richieste pervenute alle strutture aziendali competenti, valutate in forma aggregata e nel rispetto della tutela dei dati personali.

Tali elementi non sono considerati come meri episodi isolati, ma come indicatori utili per stimare il livello di esposizione al rischio corruttivo e per orientare, in chiave programmatica, la definizione delle priorità di

intervento, la mappatura dei processi e la selezione di misure di prevenzione proporzionate, sostenibili ed effettivamente mirate alle vulnerabilità emerse.

In questa prospettiva, la programmazione anticorruzione si configura come processo dinamico e adattivo, fondato su una lettura sistematica dell'organizzazione e volto a rafforzare in modo progressivo la capacità dell'Azienda di prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e di tutelare il Valore Pubblico.

Raccordo tra esperienza applicativa e mappatura dei processi

In coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, la lettura delle evidenze emerse dall'esperienza applicativa confluiscce direttamente nella successiva fase di mappatura dei processi, che costituisce il fulcro del sistema di gestione del rischio corruttivo.

La mappatura dei processi è condotta tenendo conto della realtà ordinaria e specifica dell'Azienda e riguarda l'intera attività istituzionale, non limitandosi ai soli processi tradizionalmente ritenuti a maggiore rischio, ma includendo tutti i processi di particolare rilievo, anche in relazione agli obiettivi di Valore Pubblico e di performance.

In tale prospettiva, la mappatura considera sia le aree generali a maggior rischio individuate dal legislatore (art. 1, comma 16, della legge n. 190/2012; art. 6 del decreto-legge n. 80/2021; art. 6 del decreto ministeriale n. 132/2022), sia i processi che, pur non rientrando in tali aree, incidono in modo significativo sull'erogazione dei servizi, sull'equità di accesso alle prestazioni sanitarie e sulla tutela del Valore Pubblico.

Tale approccio consente di evitare una visione riduttiva o settoriale della prevenzione della corruzione e di prevenire il rischio di un indebolimento delle politiche di integrità, che potrebbe derivare da una mappatura limitata ai soli processi formalmente classificati come "ad alto rischio". La mappatura, pertanto, è intesa come strumento conoscitivo e programmatico essenziale per orientare in modo consapevole l'analisi del rischio, la definizione delle misure di prevenzione e la programmazione delle attività di monitoraggio.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI¹²¹³

La mappatura dei processi costituisce l'elemento centrale dell'analisi del contesto interno e rappresenta il principale strumento operativo per l'individuazione, la valutazione e la gestione dei rischi corruttivi e di maladministration. Essa è intesa come attività sistematica di individuazione e analisi dei processi organizzativi, finalizzata a identificare le aree che, per natura delle attività svolte, complessità procedimentale, rilevanza economica e grado di discrezionalità, risultano maggiormente esposte a rischi di non imparzialità e cattiva amministrazione.

La mappatura non è concepita come mero adempimento formale, ma come **strumento strategico di governo dell'organizzazione**, funzionale non solo alla prevenzione della corruzione, ma anche al miglioramento dell'efficienza, della trasparenza e della qualità complessiva dell'azione amministrativa. In tale prospettiva, essa consente di individuare duplicazioni, sovrapposizioni, aree di opacità e margini di inefficienza, supportando scelte organizzative più consapevoli, responsabili e orientate ai risultati.

¹² Per tutti i processi non mappati si riporta a quelli riportati nei Piani triennali Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e PIAO precedenti (relativi anche agli anni prepandemici) e disponibili perché pubblicati nel portale aziendale "Amministrazione Trasparente". Anche il prossimo triennio sarà dedicato ad una più approfondita analisi e studio di nuove modalità di mappatura impostata dai PNA vigenti, coinvolgendo la totalità dell'organizzazione aziendale, con attenzione massima sulle aree più critiche.

¹³ Per il dettaglio delle mappature mancanti ma che - dal 31 gennaio (dalla data dell'emanazione del PIAO) ad oggi - non sono state interessate a modifiche e/o variazioni, si può far riferimento ai precedenti PIAO 2025-2027, PIAO 2024-2026, PIAO 2023-2025 e PIAO 2022-2024.

In coerenza con l'impostazione del PIAO quale strumento unitario e integrato di pianificazione, la mappatura dei processi è altresì funzionale al raggiungimento degli obiettivi di performance e di Valore Pubblico, nonché alle ulteriori attività di programmazione confluite nel Piano. Essa è pertanto sviluppata secondo una **logica di mappatura unica e integrata**, quale strumento comune di analisi dell'attività complessiva dell'Azienda, in un'ottica di semplificazione, coordinamento e coerenza programmatoria.

La mappatura dei processi svolge una funzione propedeutica e imprescindibile rispetto alle successive fasi di identificazione, valutazione e trattamento del rischio corruttivo. Per tale ragione, l'Azienda ha progressivamente consolidato un percorso strutturato di mappatura, orientato all'effettività delle misure di prevenzione e all'aderenza alla reale operatività delle strutture.

Approccio metodologico

L'attività di mappatura è condotta secondo criteri di gradualità, selettività e proporzionalità, tenendo conto:

- della complessità organizzativa dell'Azienda;
- delle risorse e delle competenze disponibili;
- delle evidenze emerse dalle attività di monitoraggio e controllo;
- delle priorità di rischio individuate in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione.

Mappare i processi significa disporre di informazioni strutturate sui momenti decisionali, sui criteri di scelta, sui flussi informativi, sui controlli interni e sulle interazioni tra i diversi processi, rendendo possibile una lettura trasversale dell'organizzazione e una gestione mirata, consapevole e proporzionata del rischio.

Aggiornamento 2025–2026

Nel corso del 2025 è stata avviata una revisione sistematica delle mappature esistenti, estesa a tutte le strutture aziendali, unitamente alla mappatura ex novo di ulteriori processi, con l'obiettivo di:

- individuare le debolezze delle singole fasi procedurali;
- verificare l'adeguatezza dei presidi già adottati;
- rafforzare trasparenza e tracciabilità;
- introdurre, ove necessario, correttivi organizzativi e procedurali.

Tali attività sono state integrate nel monitoraggio annuale delle misure di prevenzione e coordinate con le verifiche in materia di codice di comportamento, rotazione del personale e misure alternative, costituendo un quadro unitario di aggiornamento del sistema anticorruzione.

Il RPCT ha svolto funzioni di indirizzo e coordinamento metodologico, favorendo l'omogeneità degli approcci adottati dalle strutture attraverso attività di supporto operativo, audit mirati e interlocuzioni periodiche, nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità organizzative.

Priorità e focus 2026

In continuità con l'approccio adottato a partire dal 2019, la mappatura privilegia i processi riconducibili alle aree a maggiore esposizione al rischio, con particolare attenzione, per il 2026, a:

- contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
- gestione degli incentivi per funzioni tecniche;
- attività libero-professionale intramuraria e gestione delle liste di attesa;
- interventi finanziati con risorse PNRR;
- gestione del personale e conferimento di incarichi.

La focalizzazione sui processi ad alta esposizione consente di orientare in modo selettivo le risorse organizzative, rafforzando l'efficacia delle misure di prevenzione e migliorando la qualità complessiva dell'azione amministrativa.

Allegati al PIAO

A supporto della mappatura dei processi e dell'intero sistema di prevenzione, sono allegati al presente PIAO, quali parti integranti e strumenti operativi:

- la **mappatura unica e integrata dei processi**, aggiornata a gennaio 2026, comprensiva dell'individuazione dei macro-processi, della valutazione del livello di rischio, delle misure di prevenzione e delle priorità di intervento;
- l'**elenco delle misure generali di prevenzione della corruzione**;
- gli **strumenti operativi di supporto al sistema di prevenzione**, tra cui:
 - tabelle "chi fa cosa" per la ripartizione delle responsabilità;
 - schemi di monitoraggio dell'attuazione delle misure e dei controlli;
 - check-list operative ex ante, in itinere ed ex post;
 - documenti di recepimento delle linee guida in materia di inconfondibilità e incompatibilità degli incarichi;
 - disciplinare tecnico in materia di inconfondibilità, incompatibilità e conflitto di interessi;
 - elenco di alcune misure specifiche di prevenzione della corruzione;
- gli **obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza**, con valenza annuale e pluriennale.

La scelta di ricorrere a un **sistema strutturato e integrato di allegati operativi** consente di tradurre la pianificazione in presìdi concreti, rendendo il sistema di prevenzione **effettivo, verificabile e pienamente allineato alle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione**, nonché coerente con la complessità organizzativa e la natura sanitaria dell'Azienda.

Gli allegati non costituiscono meri documenti accessori, ma rappresentano **strumenti sostanziali di governo del rischio**, destinati a orientare l'azione delle strutture, a rafforzare la responsabilizzazione diffusa e a garantire la tenuta del sistema di prevenzione nel tempo.

LE AREE DI RISCHIO – MAPPATURA, VALUTAZIONE E PRESÌDI DI PREVENZIONE

LE AREE DI RISCHIO

Mappatura, valutazione e presìdi di prevenzione

In coerenza con la legge n. 190/2012, il D.Lgs. n. 33/2013 e gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione, l'ASL Napoli 1 Centro individua e presidia le aree di rischio corruttivo rilevanti per il proprio contesto istituzionale, organizzativo e operativo.

L'analisi è focalizzata sulle **aree obbligatorie previste dalla normativa**, integrate da **ulteriori ambiti di rischio** coerenti con le specificità del settore sanitario e con le caratteristiche organizzative dell'Azienda.

Le attività e i relativi profili di rischio sono oggetto di **aggiornamento almeno annuale**, nell'ambito del monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, con eventuale rimodulazione delle misure in funzione di:

- modifiche organizzative;
- evoluzioni normative;
- criticità emerse in fase di attuazione e controllo.

Arearie di rischio rilevanti¹⁴**Arearie di rischio generali (art. 1, comma 16, L. 190/2012)**

- Autorizzazioni e concessioni
- Acquisizione di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di benefici economici
- Concorsi, selezioni, assunzioni e progressioni di carriera

Ulteriori arearie di rischio generali

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenziosi

Arearie di rischio specifiche del settore sanitario

- Attività libero-professionale intramuraria e liste di attesa
- Rapporti con strutture private accreditate
- Farmaceutica, dispositivi medici e tecnologie sanitarie
- Attività conseguenti al decesso intraospedaliero

Arearie ulteriori coerenti con il contesto aziendale

- Logistica e gestione magazzini
- Gestione del personale dipendente e convenzionato
- Assistenza ospedaliera
- Immobilizzazioni e rimborsi agli assistiti

Focus PNRR e contratti pubblici

In linea con gli indirizzi ANAC, particolare attenzione è riservata ai processi connessi all'attuazione del PNRR e alla gestione dei contratti pubblici, caratterizzati da:

- incremento dei flussi finanziari;
- accelerazione procedimentale;
- utilizzo di procedure semplificate o in deroga.

Il sistema di prevenzione tiene conto dell'evoluzione normativa introdotta dal D.Lgs. n. 36/2023 e delle disposizioni ANAC in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti, trasparenza e utilizzo della BDNCP. Le check-list e gli strumenti operativi ANAC sono stati analizzati dalle strutture competenti, confermando l'adeguatezza dei presidi adottati, ferma restando la necessità di **monitoraggio rafforzato delle fasi più esposte**.

Mappatura dei processi e gestione del rischio

La mappatura dei processi costituisce il **fulcro del sistema di prevenzione**, consentendo di:

- rappresentare in modo strutturato l'azione amministrativa e sanitaria;
- individuare le aree a maggiore vulnerabilità;
- programmare misure mirate, proporzionate e sostenibili.

Per ciascun processo sono individuati:

- il livello di rischio (basso/medio/alto);
- i principali fattori abilitanti;
- le misure di trattamento e i relativi indicatori.

Gli esiti analitici della mappatura, aggiornati a **gennaio 2026**, sono riportati negli **allegati tecnici** al presente PIAO, che ne costituiscono parte integrante.

¹⁴ "Gli indicatori di monitoraggio High Risk, riferiti alle aree prioritarie ad alta esposizione individuate nel PIAO 2026, sono definiti al fine di verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione e intercettare tempestivamente criticità e scostamenti procedurali. La relativa tabella (Area–Indicatore–Fonte dati–Frequenza–Target–Responsabile) è riportata nell'Allegato tecnico al presente PIAO

Macro-tipologie di misure di prevenzione

Le misure adottate sono riconducibili alle seguenti macro-aree:

- regolazione e standardizzazione procedurale;
 - trasparenza e qualità dei dati;
 - digitalizzazione e tracciabilità dei processi;
 - gestione dei conflitti di interesse;
 - segregazione delle funzioni;
 - controlli interni e monitoraggi;
 - formazione mirata e aggiornamento continuo.
-

Aggiornamento dinamico del rischio

Sulla base delle risultanze del monitoraggio, delle relazioni delle strutture, delle segnalazioni acquisite e delle evidenze emerse, l'Azienda procede, con approccio dinamico, a:

- confermare il livello di rischio in assenza di criticità;
- ridurlo ove le misure risultino efficaci;
- incrementarlo in presenza di anomalie o vulnerabilità.

In caso di segnalazioni rilevanti, è prevista la **revisione puntuale della mappatura** del processo interessato e l'adeguamento delle misure.

Focus 2026 – Aree prioritarie ad alta esposizione

Per il ciclo PIAO 2026 sono individuati, quali ambiti prioritari:

- contratti pubblici e gestione dell'esecuzione;
- interventi e risorse PNRR;
- liste di attesa e attività libero-professionale;
- incentivi per funzioni tecniche;
- concorsi, selezioni e progressioni di carriera.

Per tali ambiti è previsto un **monitoraggio mirato (High Risk Monitoring)**, con controlli documentali, verifiche a campione e utilizzo di indicatori di processo.

BOX – HIGH RISK 2026 | PROCESSI PRIORITARI E PRESÌDI RAFFORZATI

Nel ciclo di programmazione PIAO 2026, l'ASL Napoli 1 Centro adotta un approccio selettivo e proporzionato alla gestione del rischio corruttivo, concentrando le attività di prevenzione, monitoraggio e controllo sui processi ad alta esposizione (High Risk), individuati sulla base di:

- rilevanza economico-finanziaria;
- impatto diretto sui cittadini e sui diritti di salute;
- elevato grado di discrezionalità amministrativa;
- frequente interazione con soggetti esterni;
- evidenze emerse da monitoraggi, segnalazioni e indirizzi ANAC.

Processi High Risk – Focus 2026

Sono oggetto di presidio rafforzato, in particolare:

- Contratti pubblici (programmazione, affidamento, esecuzione, varianti e proroghe);
- Interventi e risorse PNRR, anche in relazione a procedure accelerate e flussi finanziari straordinari;
- Liste di attesa e attività libero-professionale intramuraria, per il rischio di sviamento e alterazione delle priorità;
- Incentivi per funzioni tecniche e amministrative, per la rilevanza economica e il rischio di concentrazione;
- Concorsi, selezioni e progressioni di carriera, per l'impatto organizzativo e reputazionale.

Presidi attivati

Per tali ambiti, il PIAO 2026 prevede:

- monitoraggio dedicato (High Risk Monitoring) mediante controlli documentali e verifiche a campione;
- utilizzo di check-list standardizzate e indicatori di processo;
- rafforzamento della tracciabilità e digitalizzazione dei procedimenti;
- integrazione delle misure anticorruzione con obiettivi di performance delle strutture competenti;
- coinvolgimento diretto dei Responsabili di Struttura, con responsabilizzazione diffusa.

Finalità

Il presidio High Risk è finalizzato a:

- intercettare tempestivamente criticità, anomalie e scostamenti procedurali;
- aggiornare dinamicamente il livello di rischio;
- rafforzare l'effettività delle misure di prevenzione;
- tutelare l'Azienda, il personale e l'interesse pubblico.

Il monitoraggio dei processi High Risk costituisce uno degli assi portanti del sistema di prevenzione 2026 ed è parte integrante del ciclo di miglioramento continuo previsto dal PIAO.

Dalla mappatura alle misure**La mappatura dei processi non è un fine, ma uno strumento.**

Attraverso l'analisi selettiva dei processi e la valutazione del rischio, l'Azienda:

- individua le aree di maggiore vulnerabilità;
- calibra misure di prevenzione proporzionate e sostenibili;
- orienta monitoraggi, controlli e obiettivi di performance;
- assicura tracciabilità, responsabilizzazione e miglioramento continuo.

La connessione tra **mappatura → misure → monitoraggio → aggiornamento** costituisce il cuore operativo del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

High Risk Monitoring

Il monitoraggio dedicato ai processi ad alta esposizione è finalizzato a verificare l'effettiva attuazione delle misure, intercettare criticità e aggiornare dinamicamente il livello di rischio. Gli esiti confluiscono nella reportistica periodica e alimentano il ciclo successivo di programmazione, in un'ottica di miglioramento continuo e piena accountability.

A supporto della presente sezione, è allegata al PIAO 2026 la tabella di sintesi “Aree di rischio / Processi / Strutture / Livello di rischio”, che fornisce un inquadramento generale dei principali ambiti di esposizione, ferma restando la valutazione puntuale effettuata nelle schede di mappatura dei singoli processi.

MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio rappresenta la fase volta a individuare e programmare correttivi organizzativi e procedurali idonei a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione. In tale ambito, l'Azienda definisce le misure di prevenzione cui è esposta e ne pianifica l'attuazione in coerenza con l'assetto organizzativo, le risorse disponibili e il contesto di riferimento.

L'individuazione delle misure è condotta distinguendo tra **misure generali** e **misure specifiche**:

- le **misure generali** operano in modo trasversale sull'intera organizzazione, rafforzando il sistema complessivo di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza;
- le **misure specifiche** intervengono in modo mirato su singoli processi o attività, in relazione a rischi puntuali individuati nella mappatura e nella valutazione del rischio.

La progettazione delle misure avviene secondo criteri di **proporzionalità, sostenibilità e concreta attuabilità**, al fine di garantire l'effettività dei presidi ed evitare la pianificazione di interventi meramente formali o non monitorabili nel tempo.

Misure generali di prevenzione

Le misure generali di prevenzione della corruzione intervengono in maniera trasversale sull'intera organizzazione aziendale e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione, costituendo presidi strutturali di legalità, trasparenza e corretto funzionamento dell'azione amministrativa. In coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione e con quanto previsto dalla Parte III del PNA 2019, tali misure sono orientate a rafforzare in modo sistematico il contesto organizzativo, incidendo sui comportamenti, sui processi decisionali e sui meccanismi di controllo interno.

Le misure generali adottate dall’Azienda si articolano nelle seguenti macro-tipologie:

- trasparenza e qualità dei dati;
- promozione dell’etica e degli standard di comportamento;
- regolamentazione, semplificazione e standardizzazione dei processi;
- formazione, sensibilizzazione e partecipazione del personale;
- rotazione ordinaria e straordinaria;
- segnalazione e tutela del segnalante (whistleblowing);
- gestione del conflitto di interessi.

Tali misure sono attuate mediante atti, disposizioni organizzative e strumenti operativi adottati dalle Strutture competenti, secondo le rispettive attribuzioni, e sono comunicate al RPCT attraverso i flussi informativi aziendali previsti, al fine di garantirne la tracciabilità e il coordinamento nell’ambito del sistema di prevenzione.

In continuità con la programmazione precedente, le misure generali risultano in larga parte già operative. Resta ferma la necessità di assicurarne l’applicazione costante e il monitoraggio nel tempo, nonché di prevedere eventuali interventi integrativi o correttivi in funzione delle criticità rilevate e degli esiti delle attività di monitoraggio.

Per ciascuna misura generale programmata, il presente PIAO individua le modalità di attuazione e gli strumenti di monitoraggio, in un’ottica di proporzionalità e sostenibilità organizzativa, al fine di verificarne l’effettiva implementazione e il contributo al miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione e alla tutela del Valore Pubblico.

Misure specifiche di prevenzione

In coerenza con il modello delineato dal PNA, l’individuazione e l’attuazione delle misure specifiche rientrano nella responsabilità dei **Dirigenti e dei Responsabili di Struttura**, in quanto titolari dei processi e delle attività presidiate.

Il RPCT assicura il coordinamento metodologico e il supporto alle strutture, favorendo un confronto strutturato finalizzato:

- alla condivisione delle misure individuate;
- alla verifica della loro sostenibilità operativa;
- al monitoraggio dell’effettiva attuazione, con particolare attenzione ai processi a rischio medio e alto.

Strumenti per la prevenzione della corruzione

Nel triennio di riferimento del PIAO, la strategia aziendale di prevenzione della corruzione è orientata a:

- integrare le misure anticorruzione con la programmazione aziendale e il ciclo della performance;
- promuovere la responsabilizzazione diffusa dei soggetti interni ed esterni;
- adottare un approccio sistematico basato sulla gestione consapevole dei rischi e dei controlli;
- rafforzare la trasparenza, la tracciabilità e la qualità delle informazioni;
- potenziare l’efficacia dei presidi mediante standardizzazione e digitalizzazione dei processi;
- integrare il monitoraggio delle misure anticorruzione con i sistemi di controllo interno;
- sviluppare, attraverso la formazione mirata, la capacità di riconoscere e gestire i conflitti di interesse.

In questa prospettiva, la prevenzione della corruzione non è intesa come mero adempimento formale, ma come **leva di miglioramento organizzativo e culturale**, orientata al passaggio da una logica di compliance a un approccio fondato sulla consapevole applicazione dei principi di integrità, imparzialità e responsabilità nell’azione amministrativa quotidiana.

MISURE GENERALI DI PREVENZIONE

1.1 IL CODICE DI COMPORTAMENTO

Il Codice di comportamento rappresenta una delle misure generali più rilevanti del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e di promozione dell'integrità, in quanto definisce e rende concretamente esigibili i principi di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo all'interesse pubblico, orientando in modo uniforme i comportamenti del personale e dei soggetti che operano, a vario titolo, nell'organizzazione.

La disciplina nazionale di riferimento, adottata ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e approvata con D.P.R. n. 62/2013, come modificato dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, ha rafforzato in modo significativo il ruolo del Codice quale presidio organizzativo e misura anticorruzione, prevedendo espressamente che la violazione delle relative disposizioni costituisca illecito disciplinare, con conseguenze sanzionatorie proporzionate alla gravità della condotta e, nei casi più gravi o reiterati, anche con applicazione di misure espulsive.

In tale quadro, e in coerenza con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, in particolare con le Linee guida ANAC per l'adozione dei Codici di comportamento degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (Delibera ANAC n. 358/2017), l'Azienda ha proceduto all'aggiornamento del proprio Codice, al fine di assicurare piena aderenza al quadro normativo vigente e alle specificità operative del contesto sanitario.

Adozione del nuovo Codice di comportamento aziendale

L'ASL Napoli 1 Centro aveva adottato il proprio Codice di comportamento con Delibera n. 1296 del 5 agosto 2014. Alla luce delle innovazioni normative intervenute e dell'esigenza di rafforzare la coerenza tra doveri di comportamento, organizzazione dei processi e presìdi anticorruzione, si è reso necessario procedere a una revisione complessiva del documento.

Il nuovo Codice di comportamento aziendale è stato pertanto adottato con Delibera n. 1361 del 30/06/2025, a esito del percorso istruttorio e partecipativo previsto dall'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001, comprensivo di consultazione pubblica e acquisizione del parere obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nonché del coinvolgimento delle rappresentanze sindacali secondo le modalità applicabili.

Il Codice, oltre a costituire specificazione esemplificativa degli obblighi connessi al corretto adempimento della prestazione lavorativa, fornisce modelli comportamentali chiari e immediatamente applicabili per orientare i rapporti interni ed esterni, contribuendo alla costruzione di un ambiente di lavoro improntato a correttezza, rispetto, trasparenza e tutela della dignità delle persone, contrastando attivamente condotte discriminatorie o improprie.

Ambito soggettivo di applicazione e clausole di conformità

Il Codice si applica a tutto il personale dell'Azienda, inclusi dirigenti e dipendenti, e – per quanto compatibile – anche ai soggetti che operano per conto dell'ASL Napoli 1 Centro a diverso titolo (personale convenzionato, collaboratori, consulenti, tirocinanti, stagisti, borsisti e ulteriori soggetti esterni coinvolti nell'esecuzione di attività e servizi).

Coerentemente con tale impostazione, nei relativi atti di incarico e contratti, nonché nella documentazione di affidamento (disciplinari e capitolati), deve essere assicurato il richiamo agli obblighi di comportamento e l'inserimento di idonee clausole e dichiarazioni di responsabilità, in modo da garantire uniformità applicativa e presidio effettivo anche nei rapporti con l'esterno.

Diffusione, vigilanza e responsabilizzazione dirigenziale

Il Codice è reso conoscibile e accessibile attraverso i canali istituzionali dell’Azienda ed è oggetto di diffusione mirata presso le Strutture, con particolare attenzione ai processi a maggiore esposizione al rischio.

Sull’applicazione del Codice vigilano:

- i dirigenti responsabili delle Strutture, nell’ambito delle funzioni di direzione e controllo;
- le strutture di controllo interno;
- l’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), cui compete la gestione dei procedimenti disciplinari e l’attività di vigilanza connessa alle violazioni del Codice, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

L’adozione e l’effettiva attuazione del Codice costituiscono elemento essenziale del sistema di prevenzione aziendale, anche in raccordo con le misure previste nel PIAO, nella consapevolezza che la prevenzione non si realizza mediante meri adempimenti formali, ma attraverso comportamenti coerenti, controllabili e verificabili.

Formazione e miglioramento continuo

In coerenza con il ruolo centrale del Codice nel sistema di gestione del rischio corruttivo, l’Azienda promuove iniziative formative e di sensibilizzazione, anche nell’ambito del Piano Aziendale della Formazione, con particolare attenzione a:

- doveri di comportamento nei processi più esposti;
- gestione del conflitto di interessi e correttezza relazionale;
- rapporti con l’utenza e con operatori economici;
- uso responsabile delle informazioni e dei dati trattati nello svolgimento delle attività istituzionali.

Il Codice, quale strumento operativo e non meramente programmatico, è oggetto di aggiornamento e miglioramento continuo, anche sulla base delle evidenze emerse dall’applicazione concreta e delle risultanze dei monitoraggi interni.

Esiti del monitoraggio

Il monitoraggio sull’attuazione del Codice è svolto mediante l’analisi dei procedimenti disciplinari e delle sanzioni irrogate, nonché attraverso le risultanze istruttorie trasmesse dalle Strutture e dall’UPD, al fine di individuare eventuali aree di vulnerabilità e definire interventi correttivi mirati.

Ai fini della rendicontazione e della verificabilità del presidio, il monitoraggio sull’attuazione del Codice di comportamento è stato svolto anche mediante la somministrazione, nel corso dell’anno, di uno specifico questionario tematico, i cui esiti sono agli atti della struttura di supporto al RPCT. Le risultanze emerse, unitamente ai dati disponibili sui procedimenti disciplinari e sui relativi esiti, sono utilizzate quali elementi di alert e di analisi critica, funzionali all’aggiornamento dinamico della valutazione del rischio e al rafforzamento delle misure di prevenzione, in coerenza con l’approccio di miglioramento continuo richiesto dalla normativa e dalle indicazioni ANAC.

Di seguito la tabella dei procedimenti disciplinari e penali anno 2025

12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI	
12.B	Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	SI

12.D	Se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.	0
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	0
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	0
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	2
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	0
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	0
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	0
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	0
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346- <i>bis</i> c.p.	0
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente - art. 353 bis c.p.	0
12.D.11- bis	Indebita destinazione di denaro o cose mobili (art. 314-bis c.p.)	0
12.D.12	Altro (specificare quali)	Art. 321 c.p. n. 2 – Art. 329 c.p. n. 2
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):	
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione	0
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	0
12.E.1	Contratti pubblici	0
12.E.2	Incarichi e nomine	0
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	0
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il	0

	destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	0
12.F	Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	37

Le risultanze in materia disciplinare e penale sono valutate come segnali di controllo e indicatori di presidio del sistema di integrità, e non come meri dati statistici, al fine di orientare interventi correttivi e azioni di rafforzamento.

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ ED OBIETTIVI

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TEMPISTICA	VALORE TARGET	RESPONSABILITÀ
Diffusione del nuovo Codice di comportamento	Rafforzamento del sistema aziendale di prevenzione della corruzione	formazione	2025-2027	Almeno una iniziativa formativa	RPCT UOC GRU UOC FORMAZIONE AZIENDALE
Monitoraggio dell'applicazione del Codice di comportamento	Effettiva applicazione del Codice di comportamento	Relazione sui procedimenti disciplinari avviati per violazione del Codice di Comportamento	annuale	Relazione destinata al RPCT	UPD

1.2. TRASPARENZA COME VALORE RELAZIONALE

La trasparenza rappresenta un principio essenziale dell'azione amministrativa e una misura generale di prevenzione della corruzione. Essa consente un controllo diffuso sull'operato dell'Amministrazione, riduce le asimmetrie informative e contribuisce a limitare spazi di opacità e di discrezionalità non adeguatamente presidiati.

In questa prospettiva, la trasparenza non si esaurisce in un insieme di adempimenti formali, ma assume una **dimensione relazionale**, orientata all'utilità concreta per il cittadino, all'accessibilità delle informazioni e alla comprensibilità dell'azione amministrativa. Essere trasparenti significa rendere conoscibili dati e processi in modo chiaro, semplice e coerente, favorendo fiducia, partecipazione e responsabilizzazione reciproca.

L'introduzione del PIAO rafforza tale approccio, valorizzando la trasparenza come leva per la creazione di valore pubblico, per il miglioramento della qualità dei servizi e per il rafforzamento dell'accountability e della capacità amministrativa. In tale quadro, la conoscibilità dell'organizzazione e delle attività aziendali diventa uno strumento funzionale non solo al controllo, ma anche alla comprensione e all'utilizzo consapevole delle informazioni da parte di cittadini, utenti e stakeholder, interni ed esterni.

L'Azienda assicura l'adempimento degli obblighi di pubblicazione attraverso una programmazione strutturata dei flussi informativi, finalizzata a garantire:

- l'individuazione e l'elaborazione dei dati e dei documenti da pubblicare;
- la trasmissione tempestiva alle Strutture competenti;

- la pubblicazione nella sezione “Amministrazione trasparente” secondo criteri di completezza, aggiornamento, integrità e qualità del dato;
- il monitoraggio periodico sul rispetto degli obblighi e sugli eventuali scostamenti.

Particolare attenzione è riservata alla **digitalizzazione dei processi** e all’utilizzo delle tecnologie informatiche come strumenti abilitanti per una gestione più efficiente, tracciabile e uniforme degli adempimenti, anche al fine di ridurre il rischio di omissioni, ritardi o disallineamenti informativi.

La trasparenza si integra con la disciplina dell’accesso documentale e dell’accesso civico, semplice e generalizzato, costituendo un presidio essenziale per garantire l’effettività dei diritti di conoscibilità, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali e dei limiti previsti dall’ordinamento.

In tale contesto, il RPCT esercita funzioni di vigilanza e monitoraggio sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, mediante verifiche periodiche e interlocuzioni con le Strutture responsabili. Le risultanze delle attività di controllo costituiscono un supporto per l’individuazione di eventuali azioni correttive e per il rafforzamento della cultura della trasparenza, intesa come componente ordinaria e strutturale dell’agire amministrativo.

1.3 ROTAZIONE

I dettagli relativi alla rotazione ordinaria e straordinaria, ai criteri di sostenibilità organizzativa, alla valutazione dell’infungibilità, nonché alle modalità di programmazione, monitoraggio e rendicontazione interna, costituiscono misure organizzative strutturali già definite e consolidate. Tali profili sono stati puntualmente disciplinati nel PIAO 2025, cui si rinvia per ogni approfondimento, restando ferme le relative disposizioni, in quanto tuttora coerenti con l’assetto organizzativo aziendale, con il contesto sanitario di riferimento e con gli indirizzi ANAC vigenti.

Nel PIAO 2026 l’Azienda conferma l’impianto regolatorio già adottato, concentrando l’azione di aggiornamento sugli ambiti di applicazione e sui focus operativi annuali, in coerenza con un approccio orientato alla continuità, alla sostenibilità e al miglioramento progressivo delle misure di prevenzione.

Misure alternative e compensative (presidi equivalenti alla rotazione)

Nei casi in cui la rotazione non risulti concretamente attuabile, l’Azienda assicura comunque l’adozione di misure organizzative idonee a conseguire un effetto preventivo equivalente, evitando che un singolo soggetto eserciti un controllo esclusivo su processi ad elevata esposizione.

In particolare, sono adottati e rafforzati i seguenti presidi:

- segregazione delle funzioni e corretta articolazione dei compiti e delle competenze;
- separazione, ove possibile, tra istruttoria e adozione dell’atto finale;
- condivisione delle fasi procedurali e affiancamento operativo nelle istruttorie più delicate;
- doppia sottoscrizione o controfirma degli atti e delle fasi a maggiore impatto;
- standardizzazione e digitalizzazione delle procedure, con tracciabilità delle operazioni;
- utilizzo di software di gestione delle pratiche e monitoraggio dei tempi procedurali;
- collegialità delle valutazioni e istituzione di commissioni o gruppi di lavoro;
- rafforzamento del controllo interno dirigenziale, anche mediante verifiche documentali e controlli a campione;
- trasparenza rafforzata mediante pubblicazione tempestiva e completa dei dati e dei documenti.

Tali misure assumono particolare rilievo nei processi connessi ai contratti pubblici e alla gestione economico-finanziaria, nei quali risulta essenziale la separazione tra le fasi di programmazione, istruttoria, esecuzione e controllo, anche in relazione ai ruoli previsti dalla normativa vigente.

Ambiti prioritari di applicazione

La rotazione e/o le misure alternative sono applicate prioritariamente alle Strutture e ai processi classificati a rischio medio o alto, con particolare riferimento alle aree obbligatorie di cui all'art. 1, comma 16, della L. 190/2012 e ai seguenti ambiti:

- autorizzazioni e concessioni;
- contratti pubblici, nelle fasi di affidamento ed esecuzione;
- concessione di vantaggi economici;
- concorsi, selezioni e progressioni di carriera;
- processi economico-finanziari e di liquidazione.

Per l'area clinico-assistenziale, in ragione delle specificità del settore sanitario, assumono rilievo prioritario:

- la gestione delle liste di attesa;
 - l'attività libero-professionale (ALPI).
-

Programmazione, monitoraggio e Focus 2026

L'Azienda applica la misura della rotazione con un approccio programmato e coerente con le esigenze organizzative, valutando dotazione organica, competenze disponibili, complessità dei processi e continuità dei servizi.

Sono state adottate specifiche Linee guida aziendali in materia di rotazione dei dirigenti e dei funzionari impiegati nelle aree a rischio di corruzione, formalizzate e allegate ai precedenti PIAO, che costituiscono riferimento operativo per la programmazione, l'attuazione e il monitoraggio della misura.

Il monitoraggio è svolto con periodicità annuale, mediante la verifica dell'applicazione delle disposizioni interne e delle misure alternative adottate, con particolare attenzione ai processi a maggiore esposizione.

Focus 2026 – Rotazione dei RUP e presidio del conflitto di interessi

Nel corso del 2026, l'Azienda intende rafforzare l'applicazione della misura nei processi maggiormente esposti, prevedendo:

- la rotazione dei RUP e dei tecnici coinvolti nelle procedure di affidamento, compatibilmente con l'organizzazione e le competenze disponibili;
 - il rafforzamento della vigilanza sulla corretta acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dei soggetti coinvolti nelle fasi di programmazione, affidamento ed esecuzione dei contratti.
-

Approfondimenti applicativi e raccordo con le Strutture

Ai fini della progressiva attuazione della misura, il RPCT ha promosso un raccordo strutturato con i Direttori e i Responsabili di Struttura, finalizzato a rilevare criticità organizzative, vincoli oggettivi e misure compensative adottate, nonché a collegare la rotazione ai percorsi formativi e alla costruzione di competenze fungibili.

In tale quadro, anche mediante specifiche note aziendali (tra cui prot. n. 57331/i del 30/11/2024 e prot. n. 357336/i del 30/11/2024), è stata ribadita l'importanza della programmazione della rotazione ordinaria e richiesto alle Strutture di fornire elementi utili per:

1. formalizzare le motivazioni che impediscono l'attuazione della rotazione;
2. definire criteri di pianificazione annuale e pluriennale;
3. descrivere e documentare le misure alternative adottate;
4. assicurare un monitoraggio verificabile dell'applicazione della misura.

Gli aspetti applicativi di maggiore dettaglio sono ulteriormente descritti nelle tabelle allegate al PIAO, cui si rinvia.

Rotazione straordinaria – richiamo alle disposizioni vigenti

La rotazione straordinaria costituisce una misura di prevenzione a carattere successivo, prevista dall'art. 16, comma 1, lett. I-quare, del D. lgs. n. 165/2001, attivabile nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, al fine di tutelare l'imparzialità dell'azione amministrativa, l'immagine di correttezza dell'Amministrazione e l'immediato presidio delle aree interessate.

Le modalità applicative della misura, il perimetro delle condotte rilevanti, la tempistica di attivazione, nonché gli effetti sugli incarichi dirigenziali, sono stati puntualmente disciplinati nel PIAO 2025, in conformità alle Linee guida ANAC di cui alla Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, cui si rinvia integralmente.

Nel PIAO 2026 l'Azienda conferma l'impianto regolatorio già adottato, ritenuto tuttora coerente con il quadro normativo vigente e con gli indirizzi dell'Autorità, ferma restando l'applicazione tempestiva della misura nei casi previsti e la necessità di una motivazione puntuale dei provvedimenti adottati.

1.4 L'INCONFERIBILITÀ E L'INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI - Focus PIAO 2026

Il presidio delle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi costituisce una misura strutturale e prioritaria del sistema di prevenzione della corruzione e di tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa, in quanto finalizzata a prevenire situazioni ostative assolute e non sanabili, che incidono direttamente sulla legittimità del conferimento e sul corretto esercizio delle funzioni pubbliche.

In tale quadro, l'Azienda assicura l'applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013, tenendo conto degli indirizzi interpretativi e applicativi di ANAC, nonché delle misure organizzative interne previste dal presente PIAO. **A tal fine, l'Azienda assume altresì, quali criteri di riferimento di natura programmatica, gli orientamenti contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2025, nelle more della sua piena formalizzazione e operatività, da declinare progressivamente nell'ambito dei presidi organizzativi e procedurali dell'Ente, senza effetti automatici né immediatamente vincolanti.**

Le modalità applicative, i ruoli e i presidi di controllo sono definiti nel rispetto della distinzione tra funzioni di gestione e funzioni di vigilanza e sono coerenti con gli esiti degli approfondimenti condotti anche in sede di controllo esterno.

Effetti in caso di violazione

Le violazioni delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità determinano conseguenze rilevanti sull'atto di conferimento e sul rapporto in essere, tra cui:

- la nullità degli atti di conferimento, nei casi di inconferibilità;
- la decadenza dall'incarico, nei casi di incompatibilità, con gli ulteriori effetti previsti dalla normativa vigente.

Presidi organizzativi e procedura di conferimento (rafforzamento ex ante)

La procedura di conferimento degli incarichi è strutturata in modo da assicurare, in via preventiva, uniforme e tracciabile, la piena conformità al quadro normativo, attraverso presidi ex ante che operano prima dell'adozione dell'atto.

Acquisizione preventiva della dichiarazione ex art. 20 D.Lgs. 39/2013

Prima del conferimento dell'incarico, è acquisita in tempo utile la dichiarazione sostitutiva resa dal destinatario ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, attestante l'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità. La dichiarazione ha natura personale e sostanziale e comporta in capo al dichiarante:

- responsabilità diretta in ordine alla completezza e veridicità di quanto dichiarato;
- obbligo di aggiornamento in caso di variazioni sopravvenute;
- consapevolezza delle conseguenze previste dall'ordinamento in caso di dichiarazioni non veritieri o incomplete.

Informativa/avvertenza aziendale al dichiarante (misura rafforzata)

Al fine di rafforzare la consapevolezza preventiva e la responsabilizzazione del soggetto interessato, l'Azienda adotta una specifica Informativa/Avvertenza aziendale, sottoposta al dichiarante prima della sottoscrizione della dichiarazione, contenente un richiamo puntuale:

- alle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013;
- ai profili di incompatibilità rilevanti, inclusi quelli connessi a rapporti personali e familiari, ove previsti dalla normativa;
- all'obbligo di rendere dichiarazioni complete, coerenti e aggiornate.

Tale misura è finalizzata a garantire uniformità applicativa, tracciabilità del presidio e tutela dell'Amministrazione conferente, delle Strutture istruttorie e del dichiarante.

Verifica ex ante: controlli formali e riscontri sostanziali ragionevoli

L'Organo conferente e/o la Struttura competente effettuano verifiche preventive sulle dichiarazioni rese, prima dell'adozione dell'atto di conferimento, mediante:

- controlli formali (completezza, coerenza, sottoscrizione, riferimenti normativi);
- riscontri sostanziali ragionevoli e non invasivi, limitati a elementi oggettivi e riscontrabili allo stato degli atti, utilizzando dati e informazioni già disponibili in ambito istituzionale o aziendale.

Resta fermo che gli aspetti non immediatamente riscontrabili e afferenti alla sfera personale del dichiarante ricadono, in via primaria, nella responsabilità dichiarativa del soggetto interessato, nel rispetto del principio di proporzionalità.

Conferimento subordinato all'esito positivo e tracciabilità

Il conferimento dell'incarico avviene esclusivamente in assenza di motivi ostativi e all'esito positivo delle verifiche ex ante, con formalizzazione dell'istruttoria e conservazione delle evidenze nel fascicolo dell'incarico, al fine di garantire tracciabilità e immediata reperibilità in caso di controlli.

Pubblicazione e trasparenza

L'Azienda assicura la pubblicazione degli atti di conferimento e delle dichiarazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente", secondo quanto previsto dalla normativa vigente, garantendo completezza, aggiornamento e accessibilità dei dati.

Assetto dei controlli: primo e secondo livello

L'Azienda adotta un sistema di controllo articolato su due livelli:

- **controllo di primo livello**, preventivo e obbligatorio, in capo all'Organo conferente e alla Struttura istruttoria;
 - **controllo di secondo livello**, di vigilanza e monitoraggio, svolto dal RPCT, che non si sostituisce alle Strutture competenti nelle verifiche ex ante né svolge attività istruttorie di natura personale o investigativa.
-

Strumenti standardizzati e intranet aziendale (Focus 2026)

Nel triennio 2026–2028 l'Azienda rafforza ulteriormente la standardizzazione e la tracciabilità delle verifiche ex ante mediante l'adozione di un modello unico, composto da:

- check-list istruttoria ex ante;
- Informativa/Avvertenza aziendale al dichiarante.

La modulistica è resa disponibile sulla intranet aziendale, sezione "Trasparenza e Anticorruzione", al fine di garantire uniformità applicativa, accessibilità e tracciabilità organizzativa.

Aggiornamento delle dichiarazioni e monitoraggio a campione

I titolari di incarichi rilevanti rendono annualmente apposita dichiarazione sulla permanenza dell'insussistenza di cause di incompatibilità. In considerazione dell'elevato numero di incarichi presenti in Azienda, l'aggiornamento è gestito secondo criteri di proporzionalità e sostenibilità organizzativa, prevedendo, oltre all'acquisizione delle dichiarazioni, verifiche a campione sui fascicoli e sulle evidenze disponibili.

Resta fermo l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni situazione sopravvenuta rilevante ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013.

Specificità applicative nel settore sanitario

L'applicazione del regime di inconferibilità e incompatibilità tiene conto delle specificità del settore sanitario e degli indirizzi interpretativi dell'Autorità, fermo restando che per gli incarichi che comportano effettive funzioni di amministrazione e gestione trovano applicazione le regole ordinarie del D.Lgs. n. 39/2013.

Evidenze attese e rendicontazione

Ai fini del monitoraggio e della rendicontazione, le Strutture competenti assicurano la disponibilità delle seguenti evidenze minime:

- dichiarazione ex art. 20 acquisita prima del conferimento;
- esito delle verifiche ex ante e relativa tracciabilità;
- gestione delle eventuali criticità;
- pubblicazione in “Amministrazione Trasparente”, ove dovuta.

Assetto dei controlli e strumenti operativi di monitoraggio

Al fine di garantire uniformità applicativa, tracciabilità delle verifiche e una chiara ripartizione delle responsabilità, l’Azienda ha definito uno specifico assetto dei controlli in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, articolato su **responsabilità di primo e secondo livello**, coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale Anticorruzione 2025 e adottato quale misura di natura programmatica e organizzativa.

Tale assetto è orientato a rafforzare la **prevenzione ex ante**, assicurare la sostenibilità organizzativa dei controlli e favorire una gestione strutturata e consapevole del rischio, evitando sovrapposizioni di ruoli e duplicazioni istruttorie, anche in considerazione dell’elevato numero di incarichi presenti in Azienda.

Le modalità operative di presidio, il dettaglio delle attività svolte dalle Strutture conferenti e istruttorie, nonché le funzioni di monitoraggio e vigilanza di secondo livello attribuite al RPCT, sono formalizzate sia attraverso specifiche note di richiamo e atti di indirizzo interno, sia nell’**Allegato – Recepimento delle Linee guida in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi**, che costituisce parte integrante del presente PIAO.

In particolare, sono allegati al presente PIAO:

- la **Tabella di monitoraggio “chi fa cosa”**, recante la ripartizione delle attività tra Struttura conferente, Struttura istruttoria competente e RPCT;
- lo **schema di monitoraggio inconferibilità/incompatibilità**, finalizzato alla tracciabilità dell’acquisizione delle dichiarazioni ex art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, delle verifiche effettuate, degli obblighi di pubblicazione e degli esiti istruttori, con indicazione delle responsabilità e delle evidenze minime.

Le note di richiamo e i relativi strumenti operativi di supporto comprendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, modulistica standardizzata, informativa/avvertenza al dichiarante, check-list istruttorie, FAQ operative e registro delle astensioni, e sono periodicamente aggiornati al fine di garantire coerenza, uniformità applicativa e tracciabilità organizzativa.

Tali strumenti costituiscono parte integrante del sistema di prevenzione della corruzione e sono utilizzati ai fini del monitoraggio, della rendicontazione annuale e della gestione delle eventuali criticità, secondo criteri di proporzionalità e sostenibilità organizzativa. Come già riportato, considerato l’elevato numero di incarichi, le verifiche annuali sono effettuate secondo tali criteri, prevedendo controlli a campione sui fascicoli, ferma restando la responsabilità dichiarativa del soggetto interessato e l’obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni sopravvenute.

L’assetto dei controlli e gli strumenti operativi descritti si configurano come un sistema **dinamico ed evolutivo**, suscettibile di aggiornamento e progressivo affinamento in relazione all’evoluzione del quadro normativo e degli indirizzi dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché all’esperienza applicativa maturata dall’Azienda.

In tale prospettiva, l’Azienda assicura il costante adeguamento delle misure e degli strumenti di presidio, nel rispetto dei principi di proporzionalità, gradualità e sostenibilità organizzativa, valorizzando **le attività di monitoraggio delle misure adottate** quale strumento di miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione.

Applicazione: la misura risulta conosciuta e applicata da tutti gli uffici.

1.5 PREVENZIONE DEL CONFLITTO D’INTERESI

(L. 190/2012 – art. 6-bis L. 241/1990 – D.P.R. 62/2013 – art. 16 D.Lgs. 36/2023)

Prevenzione del conflitto di interessi

La prevenzione e la corretta gestione del conflitto di interessi costituiscono una misura generale essenziale del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e di garanzia dell’imparzialità dell’azione amministrativa, in attuazione dei principi di cui all’art. 97 Cost. e delle disposizioni recate dall’art. 6-bis della L. n. 241/1990, dagli artt. 6 e 7 del D.P.R. n. 62/2013 e, per quanto di competenza, dall’art. 16 del D.Lgs. n. 36/2023. La materia rappresenta un ambito di costante attenzione da parte di ANAC, in relazione alla completezza delle dichiarazioni, alla tracciabilità delle misure adottate e all’uniformità applicativa dei presidi, ed è oggetto di specifico rafforzamento nel presente PIAO.

Definizione e tipologie di conflitto di interessi

Sussiste conflitto di interessi quando l’interesse personale, anche non patrimoniale, del dipendente o dirigente – ovvero di soggetti a lui collegati – può interferire, o apparire idoneo a interferire, con l’imparzialità dell’azione amministrativa.

Il conflitto può assumere natura:

- **attuale**, quando incide direttamente sull’atto o sulla decisione;
- **potenziale**, quando la situazione è suscettibile di incidere successivamente;
- **apparente**, quando è percepibile all’esterno, con possibili ricadute reputazionali.

Obblighi di segnalazione e astensione

In presenza di un conflitto di interessi, anche solo potenziale o apparente, il dipendente o dirigente è tenuto a:

- **segnalare tempestivamente la situazione al proprio responsabile o alla struttura competente;**
- **astenersi dallo svolgimento di attività istruttorie, valutative o decisorie connesse alla fattispecie.**

Il responsabile competente valuta la segnalazione e adotta le conseguenti determinazioni organizzative (sostituzione, riassegnazione, misure di mitigazione), assicurando adeguata tracciabilità nel fascicolo del procedimento. La segnalazione e l’astensione costituiscono misure di tutela dell’interessato, della Struttura e dell’Amministrazione e rappresentano un presidio di prevenzione anticipata, anche sotto il profilo reputazionale.

Presidi organizzativi e ambiti a maggiore esposizione

L’Azienda conferma che la gestione del conflitto di interessi non costituisce un adempimento meramente formale, ma un presidio sostanziale da applicare in modo uniforme, documentato e verificabile, in coerenza con il PIAO, il Codice di comportamento aziendale e le disposizioni normative vigenti.

Il presidio è rafforzato nei processi maggiormente esposti, tra cui:

- **contratti pubblici (RUP, DEC, DL, affidamenti, esecuzione, varianti e liquidazioni);**
- **procedure PNRR e processi accelerati;**
- **concorsi, selezioni, commissioni e progressioni;**
- **procedimenti autorizzativi e di liquidazione;**
- **rapporti con soggetti esterni (fornitori, consulenti, concessionari, strutture accreditate);**
- **processi decisionali ad impatto economico-sanitario.**

Modulistica aziendale, tracciabilità e registro delle astensioni

Al fine di garantire uniformità applicativa e tracciabilità delle misure adottate, l’Azienda prevede l’utilizzo obbligatorio di **modulistica aziendale standardizzata** per la dichiarazione del conflitto di interessi e per l’obbligo di astensione, predisposta dal RPCT.

Le Strutture assicurano inoltre la tenuta di un **Registro delle astensioni**, anche in formato elettronico, quale strumento di evidenza documentale delle segnalazioni pervenute e delle misure adottate.

Le dichiarazioni, le valutazioni e le misure conseguenti sono conservate nel fascicolo del procedimento o dell’incarico e rese disponibili in caso di controlli.

Strumenti operativi e allegati

Le modalità operative di dettaglio, la modulistica aziendale, le FAQ ed esempi tipici, nonché i formati di registrazione delle astensioni, costituiscono strumenti attuativi della misura e sono riportati negli **allegati operativi** al presente PIAO.

Tale documentazione è resa disponibile sulla intranet aziendale, nella sezione dedicata alla “Trasparenza e Prevenzione della Corruzione”, al fine di garantirne uniforme reperibilità, accessibilità e utilizzo da parte delle Strutture competenti.

Allegati operativi (misura attuativa)

- **Modello aziendale dichiarazione conflitto di interessi / obbligo di astensione (RPCT)**
- **FAQ operative + esempi tipici**
- **Registro delle Astensioni – Conflitto di Interessi**

Tutta la suddetta documentazione è **pubblicata e resa disponibile sul portale intranet aziendale**, nella sezione dedicata **“Trasparenza Anticorruzione Aziendale”**, al fine di garantirne **uniforme reperibilità, accessibilità e utilizzo** da parte delle Strutture competenti.

La ripartizione delle attività tra Strutture procedenti/conferenti, uffici di supporto e RPCT, nonché le evidenze documentali attese per ciascun ambito e processo, sono dettagliate nella Tabella “Chi fa cosa – Conflitto di interessi e obbligo di astensione”, allegata al presente PIAO.

Conflitto di interessi nei contratti pubblici (art. 16 D.Lgs. 36/2023)

In aggiunta alla disciplina generale in materia di conflitto di interessi, per i contratti pubblici trova applicazione la disciplina speciale di cui all’art. 16 del D.Lgs. n. 36/2023, riferita a tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, intervengono nelle procedure di affidamento e nella fase di esecuzione con compiti funzionali idonei a incidere sugli esiti.

L’Azienda assicura l’applicazione del presidio lungo l’intero ciclo di vita del contratto (programmazione, affidamento ed esecuzione), prevedendo l’obbligo di dichiarazione, aggiornamento dinamico in caso di eventi rilevanti e astensione in presenza di situazioni anche potenziali o apparenti, con adozione di misure organizzative proporzionate e tracciate nel fascicolo di gara o di esecuzione.

Le modalità operative di gestione del conflitto di interessi nei contratti pubblici, gli indicatori di monitoraggio, i presidi minimi organizzativi e gli strumenti di tracciabilità (check-list, modulistica, aggiornamenti per fase, gestione delle criticità e controlli a campione) sono già definiti negli strumenti attuativi e nelle tabelle operative richiamate dal PIAO, cui si rinvia, in quanto tuttora coerenti con il quadro normativo e organizzativo vigente.

Il RPCT esercita il monitoraggio di secondo livello sull’effettiva applicazione delle misure e sull’analisi delle criticità, senza sostituzione delle responsabilità istruttorie e gestionali in capo alle Strutture competenti.

1.6 INCARICHI A SOGGETTI INTERNI ED ESTERNI

L'attribuzione di incarichi, sia a soggetti interni sia a soggetti esterni all'Azienda, costituisce un processo a rilevante esposizione sotto il profilo della prevenzione della corruzione e della trasparenza amministrativa. Tale processo richiede l'adozione di presidi idonei a garantire imparzialità, adeguata motivazione, tracciabilità e verificabilità delle scelte, nonché la corretta gestione di eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale o apparente.

Obblighi di trasparenza nel Servizio sanitario nazionale

Con specifico riferimento al Servizio sanitario nazionale, l'Azienda assicura l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 41 del D.Lgs. n. 33/2013, con particolare riguardo alle procedure di conferimento degli incarichi di:

- Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
- Responsabili di Dipartimento e di Strutture Complesse e Semplici.

La pubblicazione riguarda, ove dovuto, i bandi o avvisi, gli elementi essenziali delle procedure e gli atti di conferimento, secondo i criteri di completezza, aggiornamento e accessibilità previsti dalla normativa.

Incarichi a soggetti esterni (consulenze e collaborazioni)

Per gli incarichi di collaborazione e consulenza conferiti a soggetti esterni, l'Azienda garantisce la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Consulenti e collaboratori", in conformità all'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 e agli indirizzi applicativi e interpretativi forniti da ANAC.

Aggiornamenti 2026 – standardizzazione e qualità del dato

In coerenza con il percorso di uniformazione e miglioramento della qualità dei dati promosso da ANAC, l'Azienda recepisce gli schemi standard di pubblicazione adottati ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. n. 33/2013 (Delibera ANAC n. 495/2024), procedendo al progressivo allineamento:

- delle modalità di rappresentazione delle informazioni;
- delle procedure interne di verifica e validazione;
- dei flussi di trasmissione verso le Strutture competenti alla pubblicazione.

Presidi organizzativi essenziali

A presidio del processo di conferimento degli incarichi e della correlata trasparenza, l'Azienda assicura:

- la chiara individuazione delle Strutture competenti alla predisposizione istruttoria e alla trasmissione dei dati;
- la completezza e coerenza delle informazioni pubblicate (estremi dell'atto, oggetto, durata, compenso ove previsto, curricula, dichiarazioni richieste dalla normativa applicabile);
- la tempestività degli aggiornamenti e la permanenza online secondo i termini previsti;
- il rispetto dei requisiti di qualità del dato (integrità, aggiornamento, accessibilità e reperibilità);
- il raccordo con il RPCT, ai fini del monitoraggio di eventuali scostamenti e dell'attivazione di azioni correttive.

Assetto delle responsabilità operative (rinvio agli allegati)

Al fine di garantire uniformità applicativa, tracciabilità delle attività e corretta gestione dei profili di trasparenza e di conflitto di interessi, l'Azienda ha formalizzato uno specifico assetto delle responsabilità operative in materia di incarichi a soggetti interni ed esterni.

La ripartizione delle attività tra Strutture conferenti, uffici di supporto e RPCT, nonché le evidenze documentali attese per ciascuna fase del processo, sono dettagliate nella **Tabella "Chi fa cosa – Incarichi a soggetti interni ed esterni"**, allegata al presente PIAO, che costituisce strumento operativo di riferimento per le Strutture aziendali.

Applicazione e monitoraggio

La misura risulta presidiata dalle Strutture competenti. Resta ferma la necessità di un monitoraggio periodico orientato alla qualità e completezza dei dati pubblicati e al progressivo allineamento agli schemi standard ANAC, anche mediante il supporto e la vigilanza del RPCT.

1.7 DIVIETI POST-EMPLOYMENT - PANTOUFLAGE/REVOLVING DOORS OVVERO ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO



In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter, del D. lgs. n. 165/2001, l'Azienda presidia il divieto di c.d. **pantouflage/revolving doors**, quale misura generale di prevenzione finalizzata a evitare fenomeni di indebita interferenza, condizionamento o sviamento dell'azione amministrativa, connessi al passaggio di personale pubblico verso soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività dell'Amministrazione.

La norma stabilisce che i dipendenti che, **negli ultimi tre anni di servizio**, abbiano esercitato

poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Amministrazione **non possono svolgere**, nei **tre anni successivi** alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso **soggetti privati destinatari** dell'attività amministrativa svolta mediante i medesimi poteri.

Ambito soggettivo e oggettivo di applicazione (criterio sostanziale)

Il divieto si applica secondo un approccio **sostanziale e funzionale**, riferito ai soggetti che abbiano esercitato in concreto poteri idonei a incidere sull'esito di procedimenti, rapporti economici o contrattuali, includendo – a titolo esemplificativo – attività quali:

- **adozione di provvedimenti amministrativi** con effetti favorevoli verso soggetti esterni (es. autorizzazioni, concessioni, accreditamenti, ammissioni, contributi, sovvenzioni, vantaggi economici);
- **stipula, gestione o esecuzione di contratti** e affidamenti, nonché attività negoziali in rappresentanza dell'Ente;
- **predisposizione di atti endoprocedimentali determinanti** (pareri, certificazioni, valutazioni tecniche, verifiche, collaudi, controlli) idonei a condizionare l'atto finale.

Rientrano nel perimetro applicativo anche i soggetti con rapporto di lavoro non necessariamente a tempo indeterminato, nonché – nei limiti previsti dalla disciplina vigente – coloro che rivestono incarichi apicali e/o posizioni organizzative caratterizzate dall'esercizio effettivo di poteri autoritativi o negoziali.

Conseguenze in caso di violazione

La violazione del divieto comporta conseguenze rilevanti, tra cui:

- **nullità** dei contratti di lavoro e degli incarichi conferiti in violazione del divieto;
- **obbligo di restituzione dei compensi** eventualmente percepiti;
- **divieto per il soggetto privato** conferente di contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi **tre anni**, secondo quanto previsto dalla norma.

Presìdi organizzativi e misure attuative

L'Azienda assicura l'attuazione della misura attraverso presìdi coerenti con la natura preventiva del divieto, con particolare attenzione ai processi maggiormente esposti (contratti pubblici, autorizzazioni, accreditamenti, gestione di rapporti economici e contrattuali con soggetti esterni).

In particolare, sono previsti i seguenti presìdi minimi:

1. **Richiamo formale del divieto nelle procedure di cessazione:** nelle procedure di cessazione del rapporto di lavoro (dimissioni, pensionamento, mobilità, cessazione incarico) è assicurata un'adeguata informativa al dipendente circa:
 - ambito del divieto,
 - durata triennale,
 - conseguenze previste in caso di violazione.
2. **Clausole di salvaguardia nei contratti e negli incarichi:** nelle procedure di conferimento di incarichi e/o negli schemi contrattuali con soggetti esterni, ove applicabile, sono inserite clausole finalizzate a:
 - richiamare l'obbligo di rispetto del divieto,
 - consentire la risoluzione/inefficacia del rapporto in caso di violazione,
 - rafforzare la tracciabilità delle verifiche.
3. **Tracciabilità documentale:** le evidenze relative al presidio del pantouflage (informative, dichiarazioni, clausole, esiti di verifica) sono conservate nel fascicolo di riferimento, in modo da garantirne reperibilità e verificabilità in caso di controlli.
4. **Sensibilizzazione e supporto operativo:** il tema è oggetto di diffusione interna e sensibilizzazione, anche mediante iniziative formative e richiami operativi, con focus sulle aree "High Risk" (contratti pubblici, autorizzazioni, accreditamenti, rapporti con soggetti privati e operatori economici).

Ruoli e responsabilità (modello "a due livelli")

- Strutture competenti / conferenti (1° livello): assicurano la corretta applicazione della misura nelle procedure di competenza, la presenza delle clausole ove previste e la conservazione delle evidenze nel fascicolo.
- RPCT (2° livello): svolge attività di impulso, monitoraggio e controllo a campione, con particolare attenzione alle aree a maggiore esposizione, richiedendo eventuali integrazioni istruttorie e proponendo misure correttive e di standardizzazione.

Azioni di miglioramento (PIAO 2026–2028)

Nel triennio di riferimento, l'Azienda prevede:

- aggiornamento e standardizzazione della modulistica e dei formati (informativa, dichiarazioni, clausole);
- rafforzamento della tracciabilità delle evidenze documentali, con particolare riferimento ai ruoli maggiormente esposti a poteri autoritativi o negoziali;
- integrazione del tema pantouflage nei percorsi formativi annuali, con focus sui processi ad alta esposizione.

Applicazione: la misura è presidiata dalle Strutture competenti; permane l'esigenza di mantenere un monitoraggio costante, orientato alla prevenzione e alla tracciabilità, in ragione della natura trasversale della fattispecie.

Assetto delle responsabilità operative e strumenti di presidio (rinvio agli allegati)

Al fine di garantire un'applicazione uniforme, tracciabile e verificabile del divieto di pantouflage, l'Azienda ha formalizzato uno specifico assetto delle responsabilità operative, articolato su controlli di primo e secondo livello.

La ripartizione delle attività tra le Strutture competenti, gli uffici di supporto e il RPCT, nonché le evidenze documentali attese nelle diverse fasi di gestione del rapporto di lavoro e nel periodo successivo alla cessazione, sono dettagliate nella Tabella "Chi fa cosa – Divieto di pantouflage", allegata al presente PIAO.

1.8 ANALISI AREE DI ATTIVITÀ E MAPPATURA DEI PROCESSI

L'analisi delle aree di attività e la mappatura dei processi costituiscono un presidio strutturale del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, in coerenza con l'approccio per processi e per rischio indicato da ANAC nei Piani Nazionali Anticorruzione e con il modello di gestione del rischio adottato dall'Azienda.

Nel tempo, l'ASL Napoli 1 Centro ha sviluppato un percorso pluriennale di ricognizione, analisi e progressiva formalizzazione dei processi maggiormente rilevanti, finalizzato a:

- rendere **tracciabili e ricostruibili** i flussi operativi e decisionali;
- individuare con maggiore precisione **snodi procedurali**, fasi a più elevata discrezionalità e punti di vulnerabilità;
- definire misure di prevenzione **concrete, verificabili e sostenibili**, coerenti con le responsabilità organizzative;
- favorire l'armonizzazione delle prassi applicative tra strutture e contesti operativi differenti, riducendo disallineamenti e margini di incertezza procedurale.

Metodo di lavoro e coinvolgimento delle Strutture

La mappatura è realizzata e aggiornata attraverso un metodo **partecipato e operativo**, basato su momenti di confronto con i Direttori/Responsabili delle Strutture, i Referenti e il RPCT, al fine di garantire una rappresentazione aderente ai processi effettivamente svolti e alle responsabilità "di linea", evitando descrizioni meramente formali.

In tale quadro, ciascuna Struttura è chiamata a contribuire in modo attivo alla qualità della mappatura, assicurando:

- la corretta rappresentazione delle fasi procedurali;
- l'individuazione dei punti di controllo e delle evidenze disponibili;
- la collaborazione al monitoraggio e alla gestione delle eventuali criticità.

Documentazione e allegati

Ai fini della rendicontazione, della verificabilità e della piena tracciabilità del sistema, il presente PIAO richiama e allega la documentazione di supporto, tra cui:

- **Mappatura dei processi aziendali**, comprensiva delle principali attività e fasi procedurali;
- **Tabella per aree generali di settore (macroprocessi/processi/rischi/misure/monitoraggio)**, quale strumento operativo di raccordo tra analisi del rischio e misure programmate;
- **Tabella dei rischi ricorrenti e degli eventi tipici**, quale repertorio di supporto all'aggiornamento dinamico delle schede di rischio e delle misure.

I Direttori/Responsabili delle Strutture interessate dai processi mappati assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di prevenzione e della collaborazione al monitoraggio, secondo il principio di **responsabilizzazione diffusa e presidio "di linea"**, in coerenza con l'impostazione ANAC.

Azioni di miglioramento (PIAO 2026–2028)

L'accuratezza e l'esaustività della mappatura costituiscono un requisito essenziale per la qualità complessiva del sistema di gestione del rischio: una rappresentazione puntuale dei processi consente infatti di individuare aree vulnerabili, fasi critiche, snodi decisionali e punti di controllo che possono determinare esposizione a fenomeni corruttivi, distorsioni procedurali o rischi reputazionali.

Nel triennio 2026–2028 l'Azienda intende consolidare e rafforzare ulteriormente il sistema di mappatura e analisi del rischio, prevedendo:

- **aggiornamento periodico della mappatura**, con revisioni mirate in caso di modifiche organizzative, introduzione di nuove procedure, cambiamenti normativi o emersione di criticità rilevanti;

- **priorità ai processi “High Risk”**, con approfondimenti specifici sulle fasi a maggiore discrezionalità e sugli snodi a più elevata esposizione (es. affidamenti, autorizzazioni e vantaggi economici, reclutamento e progressioni, gestione liste d’attesa, rapporti con soggetti privati accreditati);
- **rafforzamento del confronto tecnico-operativo con le Strutture**, per mantenere la mappatura aderente alle prassi reali e ai flussi effettivi di lavoro;
- **integrazione progressiva della mappatura con indicatori e monitoraggi**, al fine di rendere la gestione del rischio sempre più misurabile (es. controlli a campione, evidenze documentali, scostamenti, anomalie ricorrenti);
- **standardizzazione delle evidenze e dei flussi**, mediante check-list, modelli e formati uniformi per i processi maggiormente esposti;
- **rafforzamento delle competenze interne**, attraverso un’iniziativa formativa dedicata alla “mappatura dei processi e analisi del rischio corruttivo”, con taglio operativo e orientata all’aggiornamento delle schede di rischio e degli indicatori.

L’attività di mappatura e aggiornamento è svolta in coerenza con il principio del **miglioramento continuo** e rappresenta un presupposto essenziale per la programmazione delle misure di prevenzione, la loro verificabilità e la rendicontazione istituzionale prevista dalla normativa vigente.

Assetto delle responsabilità operative nella mappatura dei processi (rinvio agli allegati)

Al fine di garantire uniformità metodologica, tracciabilità delle attività e chiarezza nella ripartizione delle responsabilità, l’Azienda ha formalizzato uno specifico assetto operativo per l’analisi delle aree di attività e la mappatura dei processi.

La ripartizione dei ruoli tra Direzioni/Responsabili di Struttura, Referenti di processo e RPCT, nonché le attività di aggiornamento, validazione e monitoraggio della mappatura, sono dettagliate nella **Tabella “Chi fa cosa – Analisi aree di attività e mappatura dei processi”**, allegata al presente PIAO.

La responsabilità dell’attuazione delle misure resta in capo alle Strutture titolari dei processi (presidio di linea), mentre il RPCT svolge funzioni di impulso, coordinamento e supporto alla standardizzazione, secondo criteri di proporzionalità e sostenibilità organizzativa.

1.9 FORMAZIONE IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

La formazione costituisce una **misura generale di prevenzione della corruzione di rilievo strategico**, in quanto strumento essenziale non solo per la diffusione della conoscenza normativa, ma soprattutto per lo sviluppo di **competenze operative**, comportamenti consapevoli e capacità applicative coerenti con i principi di legalità, imparzialità e buon andamento dell’azione amministrativa.

In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con un approccio orientato al miglioramento continuo, l’Azienda riconosce la formazione quale leva organizzativa fondamentale per:

- mitigare il rischio corruttivo e le situazioni di maladministration;
- ridurre errori procedurali, disallineamenti applicativi e prassi non uniformi;
- rafforzare la responsabilizzazione dei ruoli apicali, dirigenziali e di processo;
- favorire l’effettiva attuazione delle misure di prevenzione previste dal PIAO.

La formazione è pertanto intesa come **presidio sostanziale** e non come mero adempimento formale, in quanto finalizzata a rendere le strutture e il personale capaci di riconoscere tempestivamente i rischi, gestire correttamente le situazioni critiche e applicare in modo consapevole i presidi di integrità.

Articolazione della formazione su due livelli

L'attività formativa è strutturata su due livelli, differenziati in relazione ai destinatari e al grado di esposizione al rischio:

Livello	Destinatari	Finalità
Generale	Tutto il personale	Diffondere principi etici, conoscenze di base e aggiornamenti normativi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza, integrità, doveri di comportamento e responsabilità individuale
Specifico	RPCT, referenti, dirigenti, responsabili di processo, strutture "High Risk"	Rafforzare competenze operative e strumenti applicativi (mappatura dei processi, misure e monitoraggi, conflitto di interessi e astensione, trasparenza e accesso, contratti pubblici) con taglio pratico

Formazione orientata alle competenze operative

La formazione aziendale è progettata e realizzata con un approccio orientato allo sviluppo di **competenze concrete**, privilegiando:

- l'analisi di casi pratici;
- l'approfondimento di criticità applicative ricorrenti;
- la diffusione di indicazioni operative standardizzate;
- l'utilizzo di strumenti di supporto (check-list, format, FAQ, esempi tipici).

L'obiettivo è rafforzare la capacità del personale di **tradurre le regole in comportamenti organizzativi corretti**, migliorando la qualità delle istruttorie, delle decisioni e della gestione dei procedimenti, in particolare nei processi a maggiore esposizione.

Focus prioritario sulla formazione in materia di contratti pubblici

In coerenza con le raccomandazioni ANAC e con il quadro normativo vigente, l'Azienda attribuisce **priorità strategica alla formazione in materia di contratti pubblici**, considerata area ad elevata esposizione al rischio corruttivo e ambito centrale per il rafforzamento della capacità amministrativa.

I percorsi formativi sono rivolti in via prioritaria ai soggetti coinvolti nel ciclo di vita dell'appalto (RUP, DEC, DL, dirigenti, componenti di commissione, strutture di supporto) e sono finalizzati a:

- rafforzare la conoscenza e l'applicazione dei presidi di integrità;
- migliorare la gestione del conflitto di interessi e dell'obbligo di astensione;
- assicurare tracciabilità, correttezza e uniformità nelle fasi di affidamento ed esecuzione;
- prevenire criticità operative e contenziosi, anche attraverso una gestione consapevole delle fasi "sensibili" (varianti, proroghe, subappalti, liquidazioni).

Programmazione formativa e ambiti di intervento

Nel quadro della programmazione aziendale, l'Azienda promuove percorsi formativi mirati, con particolare riferimento a:

- Codice di comportamento e doveri di condotta;
- prevenzione del conflitto di interessi e obbligo di astensione;
- whistleblowing e tutela del segnalante;
- trasparenza, obblighi di pubblicazione e accesso civico;
- contratti pubblici e presidi di integrità;
- bilanciamento tra trasparenza e protezione dei dati personali;
- mappatura dei processi e gestione del rischio corruttivo.

Obbligatorietà, proporzionalità e diffusione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e integrità è programmata:

- per tutte le categorie di personale;
- come aggiornamento periodico per il personale già in servizio;
- come formazione iniziale per i neoassunti;
- in occasione di passaggi di ruolo, attribuzione di responsabilità e trasferimenti.

L'intensità e la specializzazione dei percorsi sono definite secondo criteri di **proporzionalità e pertinenza**, in relazione ai processi e alle aree a maggiore esposizione.

Modalità di erogazione

I percorsi formativi sono realizzati mediante modalità flessibili e sostenibili (formazione in presenza, e-learning, formazione “in house”), garantendo:

- diffusione capillare dei contenuti;
- tracciabilità della partecipazione e degli esiti;
- progressiva standardizzazione dei moduli formativi.

Soggetti attuatori

L'attuazione della misura coinvolge:

- RPCT, per indirizzi, contenuti, raccordo con le misure di prevenzione e monitoraggio;
- UOC Formazione aziendale, per programmazione, organizzazione e gestione operativa;
- Dirigenti e Responsabili di Struttura, per l'individuazione del personale da coinvolgere e la vigilanza sulla partecipazione.

Monitoraggio della misura e rinvio agli allegati

L'efficacia della misura è oggetto di monitoraggio periodico, con particolare attenzione:

- alla copertura delle aree “High Risk”;
- alla partecipazione del personale individuato;
- alla coerenza tra contenuti formativi e criticità applicative rilevate.

Il monitoraggio della misura è effettuato mediante indicatori di risultato e di processo riportati nella Scheda di monitoraggio – Misura generale: Formazione, allegata al presente PIAO.

Applicazione: la misura risulta conosciuta e ampiamente applicata dalle Strutture aziendali; permane l'esigenza di garantire continuità, aggiornamento e diffusione sistematica, in coerenza con l'evoluzione normativa e con la complessità organizzativa dell'Azienda.

1.10 LA DIFFUSIONE DI LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE

Nel quadro delle attività di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, l'Azienda assicura la diffusione sistematica e continuativa di linee guida operative, aggiornamenti normativi, indicazioni applicative e buone pratiche, quale misura generale e trasversale di supporto all'applicazione uniforme delle disposizioni vigenti e alla riduzione delle criticità ricorrenti nei procedimenti amministrativi.

Tale misura risponde all'esigenza – evidenziata anche dagli indirizzi ANAC – di rafforzare l'effettività del sistema di prevenzione, garantendo che i presidi previsti dal PIAO non restino meri adempimenti formali, ma si traducano in comportamenti organizzativi coerenti, tracciabili e verificabili, con particolare attenzione alle aree a maggiore esposizione (contratti pubblici, conferimenti di incarichi, concorsi e selezioni, rapporti economici con soggetti esterni, autorizzazioni/accreditamenti, accesso e trasparenza).

In particolare, il RPCT, nell'esercizio delle funzioni di impulso, indirizzo e coordinamento del sistema di prevenzione, provvede nel corso dell'anno a trasmettere alle Strutture interessate:

- note operative e richiami applicativi su obblighi e misure del PIAO;
- atti, orientamenti e provvedimenti ANAC (PNA, Linee guida, delibere e FAQ);
- indicazioni nazionali e regionali rilevanti per i processi aziendali;
- schemi, format e strumenti di lavoro (check-list, modelli standard, tabelle di monitoraggio) finalizzati a rafforzare uniformità applicativa e tracciabilità documentale.

La diffusione avviene con modalità idonee a garantire **rintracciabilità, evidenza e possibilità di verifica ex post**, anche ai fini di audit, controlli e richieste istruttorie, in un'ottica di tutela dell'Azienda e dei soggetti coinvolti nei procedimenti.

Azioni di miglioramento (PIAO 2026–2028)

Nel triennio 2026–2028 l'Azienda intende consolidare e potenziare ulteriormente la misura, rafforzandone la sistematicità e l'impatto operativo, attraverso:

- predisposizione e aggiornamento periodico di linee guida interne e note operative tematiche, con focus sulle aree "High Risk";
- diffusione programmata di buone pratiche e indicazioni applicative, anche mediante raccolte tematiche e repertori interni di riferimento;
- sviluppo e standardizzazione di strumenti operativi di immediata fruibilità (check-list, schemi di flusso, format istruttori e modelli di dichiarazione), finalizzati a ridurre disallineamenti tra Strutture e margini di discrezionalità non presidiati;
- raccordo con le attività di monitoraggio, anche mediante la previsione di evidenze minime attese e controlli a campione sulla corretta adozione degli strumenti diramati.

Applicazione: la misura risulta attiva e applicata dalle Strutture aziendali; permane l'esigenza di garantirne continuità, tempestività e sistematicità, in ragione della complessità organizzativa, della continua evoluzione normativa e della necessità di assicurare uniformità procedurale e presidio effettivo dei processi.

"La misura costituisce elemento essenziale di presidio preventivo e di accountability organizzativa, in quanto consente di dimostrare – in modo oggettivo e documentato – l'avvenuto impulso e supporto operativo alle Strutture."

Monitoraggio della misura e rinvio agli allegati

Al fine di garantire tracciabilità, verificabilità e miglioramento continuo della misura, l'Azienda assicura il monitoraggio della diffusione delle linee guida, delle note operative e delle buone pratiche mediante indicatori di processo e di risultato, con particolare riferimento alle aree e ai processi a maggiore esposizione al rischio.

Gli indicatori, le fonti dati, le frequenze di rilevazione e i target di riferimento sono riportati nella **Scheda di monitoraggio – Misura generale: Diffusione di linee guida e buone pratiche (focus High Risk)**, allegata al presente PIAO, quale strumento operativo di supporto alla rendicontazione e all'accountability organizzativa.

2. MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Le misure specifiche di prevenzione della corruzione sono individuate in relazione ai processi maggiormente esposti al rischio corruttivo e declinate secondo criteri di **proporzionalità, tracciabilità e sostenibilità organizzativa**, in coerenza con l'approccio per processi e per rischio promosso da ANAC.

Tali misure sono finalizzate a rafforzare i presidi organizzativi nei settori a più elevata esposizione, a prevenire fenomeni di maladministration e a garantire la verificabilità delle decisioni e delle attività svolte.

In particolare, le misure specifiche si articolano nei seguenti **macro-ambiti di intervento**

:

1. **Presìdi di controllo e monitoraggio dei processi a rischio**, mediante controlli interni, verifiche a campione, monitoraggio dei tempi procedurali, meccanismi di segregazione delle funzioni e controlli di secondo livello, con focus dedicato ai processi "High Risk".
2. **Presìdi di integrità nei rapporti giuridici ed economici**, con riferimento agli incarichi interni ed esterni, ai contratti pubblici, ai patti di integrità, alla digitalizzazione e tracciabilità dei procedimenti, nonché alla gestione dei progetti finanziati e delle risorse straordinarie (es. PNRR).
3. **Tutela dell'integrità organizzativa e individuale**, attraverso la gestione strutturata delle segnalazioni di illeciti (whistleblowing), le azioni di sensibilizzazione e il dialogo con la società civile e gli stakeholder, nonché l'organizzazione delle Giornate della Trasparenza e il follow-up delle evidenze emerse.
4. **Presìdi specifici per ambiti ad elevata complessità e rischio**, con particolare riferimento al settore farmaceutico, ai dispositivi medici e alle tecnologie sanitarie, alle attività di ricerca e sperimentazione, nonché alle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.
5. **Misure ulteriori e strumenti operativi integrativi**, comprendenti linee guida, procedure, format e istruzioni operative aziendali, finalizzati a garantire uniformità applicativa, riduzione delle criticità ricorrenti e rafforzamento della tracciabilità.

Le misure specifiche, i relativi processi di riferimento, gli indicatori di monitoraggio e le evidenze attese sono dettagliati nelle **tabelle e schede operative** **allegate al presente PIAO**, che costituiscono parte integrante del sistema di prevenzione e supportano la rendicontazione e il miglioramento continuo.

I CONTROLLI INTERNI

L'Azienda assicura un sistema di controlli interni coerente con il quadro normativo vigente e con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione, quale presidio strutturale e permanente per la prevenzione della corruzione, della maladministration e dei rischi organizzativi, nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa.

Il sistema dei controlli interni è fondato sul principio della **distinzione tra funzioni di indirizzo e controllo e funzioni di gestione**, ai sensi del D. lgs. n. 165/2001, nonché sulla **responsabilizzazione diretta delle Strutture competenti** nella gestione dei procedimenti e dei processi di propria competenza.

Assetto delle responsabilità e ciclo delle decisioni

In tale quadro:

- il **Direttore Generale** esercita le funzioni di indirizzo strategico, programmazione, pianificazione e controllo complessivo dell'azione amministrativa;
- la **dirigenza**, con autonomia gestionale, è responsabile dell'attuazione degli indirizzi, della gestione dei procedimenti, dell'istruttoria tecnico-amministrativa e dell'adozione degli atti di competenza.

I procedimenti amministrativi sono gestiti dalle Strutture competenti secondo la normativa vigente e le procedure aziendali, mediante:

- **proposte deliberative**, sottoposte alla Direzione Strategica per gli atti di competenza;
- **determinazioni dirigenziali**, adottate dai dirigenti nell'ambito delle attribuzioni assegnate.

L'Azienda garantisce la **tracciabilità delle decisioni**, la coerenza con le responsabilità assegnate e la ricostruibilità delle fasi procedurali, anche attraverso strumenti digitali e sistemi informativi aziendali, assicurando la conservazione delle evidenze istruttorie e di controllo nei fascicoli di procedimento, incarico o contratto.

Sistema integrato dei controlli

Il sistema dei controlli interni si articola in un insieme coordinato di presìdi e organismi, finalizzati a garantire:

- la regolarità amministrativa e contabile;
- la correttezza dei processi decisionali;
- la misurabilità dei risultati;
- la tutela dell'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

In particolare, operano:

- **Collegio Sindacale**, con funzioni di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile e sulla gestione economico-finanziaria;
- **Controllo di Gestione**, volto alla verifica di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- **Sistema di misurazione e valutazione della performance (OIV/Nucleo)**, quale presidio di responsabilizzazione organizzativa e dirigenziale;
- **Collegio di Direzione**, che concorre alla pianificazione e alla valutazione interna dei risultati aziendali.

Controlli procedurali e presìdi operativi

Nell'ambito dei processi amministrativi e gestionali, l'Azienda assicura presìdi di controllo interno basati, a titolo esemplificativo, su:

- separazione di compiti e responsabilità (segregazione delle funzioni);
- procedure di autorizzazione, validazione e verifica;
- decisioni collegiali e tracciate;
- controlli informatici automatici e successivi;
- controlli a campione e verifiche documentali;
- tracciabilità degli accessi e delle operazioni sui sistemi informativi.

Tali presìdi sono attuati **in via primaria dalle Strutture competenti**, che restano responsabili:

- della gestione dei rischi associati ai processi di competenza, incluso il rischio corruttivo;
- dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate;
- della produzione e conservazione delle evidenze documentali necessarie al monitoraggio.

Digitalizzazione e sicurezza dei processi

L'Azienda ricorre in modo strutturale a sistemi telematici e mercati elettronici per l'acquisizione di beni e servizi, favorendo trasparenza, tracciabilità e standardizzazione delle procedure.

Il percorso di digitalizzazione e reingegnerizzazione dei flussi procedurali è orientato a:

- ridurre asimmetrie informative;
- prevenire interferenze improprie;
- rendere verificabili e ricostruibili le fasi decisionali, anche mediante log di sistema, workflow e fascicoli digitali.

Controlli esterni e azioni conseguenti

Resta ferma l'attuazione dei controlli previsti dalla normativa nazionale e regionale, nonché la cooperazione istituzionale con gli organi di controllo esterni.

Le risultanze di ispezioni, verifiche e audit sono recepite dall'Azienda mediante la formalizzazione delle azioni correttive, affidate alle Strutture competenti per materia, assicurando tracciabilità delle attività svolte e delle determinazioni assunte.

Ruolo del RPCT nel sistema dei controlli

Il **RPCT** svolge funzioni di **impulso, coordinamento e monitoraggio di secondo livello**, in coerenza con il PIAO e con gli indirizzi ANAC.

Il controllo del RPCT:

- non è sostitutivo delle responsabilità gestionali e istruttorie delle Strutture;
- è orientato all'analisi delle criticità, dei disallineamenti e delle anomalie ricorrenti;
- si esercita mediante esame delle evidenze, interlocuzioni organizzative e proposta di azioni correttive.

Il **RPCT esercita un ruolo di impulso, coordinamento e monitoraggio di secondo livello, senza svolgere attività ispettive dirette né sostituirsi alle responsabilità istruttorie e gestionali delle Strutture competenti.**

Prospettiva di rafforzamento: funzione ispettiva interna

In continuità con quanto già rappresentato nei precedenti PIAO, si evidenzia come **auspicabile** il progressivo rafforzamento del sistema dei controlli interni mediante la **costituzione (o riattivazione) di una funzione ispettiva interna**, con competenze **amministrative e sanitarie**, coerente con la complessità organizzativa e dimensionale dell'ASL. Tale funzione, da collocarsi in posizione di **autonomia e terzietà organizzativa**, avrebbe natura **non**

sostitutiva delle responsabilità gestionali delle Strutture, ma di **supporto qualificato** al sistema dei controlli, con particolare riferimento a:

- verifiche mirate su processi e aree a elevata esposizione al rischio;
- approfondimenti istruttori su criticità sistemiche o segnalazioni qualificate;
- analisi di conformità procedurale e di coerenza organizzativa;
- supporto tecnico alle azioni correttive e di miglioramento.

L'eventuale funzione ispettiva opererebbe secondo criteri di **programmazione, proporzionalità e tracciabilità**, in raccordo con:

- Direzione Strategica;
- RPCT (per il coordinamento con il sistema di prevenzione della corruzione);
- strutture di controllo già esistenti (controllo di gestione, OIV, altri presidi).

Resta ferma la necessità che ogni eventuale sviluppo in tal senso avvenga nel rispetto del quadro normativo, degli assetti organizzativi regionali e delle risorse disponibili, valorizzando progressivamente le competenze interne e garantendo chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità.

Il sistema di prevenzione è efficace quando i presidi di primo livello risultano pienamente operativi e documentati. Il RPCT, nell'esercizio delle proprie funzioni, non può supplire alla mancanza di istruttorie, fascicoli o evidenze che restano in capo alle Strutture competenti, ma può e deve intervenire in ottica di monitoraggio, indirizzo e rafforzamento organizzativo.

Rinvio agli allegati – Tabella “Chi fa cosa”

L'articolazione delle responsabilità di controllo nelle diverse fasi dei procedimenti e dei processi (istruttoria, decisione, esecuzione, monitoraggio), nonché la distinzione tra controlli di primo livello e controlli di secondo livello, è dettagliata nella **Tabella di monitoraggio “Chi fa cosa – Controlli interni”**, allegata al presente PIAO. La tabella costituisce strumento operativo di riferimento per le Strutture aziendali e supporta la tracciabilità, la verificabilità e la rendicontazione del sistema dei controlli interni.

Linee guida, regolamenti e procedure a supporto dei controlli

L'Azienda ha adottato e progressivamente aggiornato **regolamenti, disciplinari, linee guida e procedure operative** che costituiscono strumenti essenziali di governo organizzativo e presidio dei controlli interni, in coerenza con i principi di legalità, imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa.

Tali strumenti sono finalizzati a:

1. garantire **uniformità applicativa** e chiarezza dei ruoli;
2. assicurare la **tracciabilità e ricostruibilità** delle attività e delle decisioni;
3. favorire la **standardizzazione dei processi** e la riduzione dei margini di discrezionalità non adeguatamente presidiati.

I **Direttori e Responsabili delle Strutture competenti** sono titolari dell'applicazione delle disposizioni organizzative adottate nell'ambito dei procedimenti di competenza e assicurano la corretta tenuta delle evidenze documentali, secondo il principio di responsabilità di linea.

Il **RPCT**, nell'esercizio delle funzioni di impulso e monitoraggio del sistema di prevenzione, **promuove la diffusione delle procedure rilevanti** e svolge **verifiche di secondo livello**, proporzionate e sostenibili, anche a campione e su eventuali criticità emerse, al fine di favorire un'applicazione coerente delle misure previste nel PIAO.

L'elenco dei documenti organizzativi è **dinamico** e soggetto ad aggiornamento. Le Strutture competenti assicurano la **tempestiva comunicazione** dell'adozione o dell'aggiornamento delle procedure rilevanti, ai fini del raccordo con la mappatura dei processi e con il sistema delle misure di prevenzione.

MISURE SPECIFICHE PER GLI INTERVENTI FINANZIATI CON I FONDI PNRR

(*Presidi rafforzati di integrità, tracciabilità e controllo*)

In considerazione della rilevanza strategica ed economica degli interventi finanziati con risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché della presenza di misure di semplificazione e accelerazione procedurale, l’Azienda assicura un **presidio rafforzato di integrità, tracciabilità e controllo** lungo l’intero ciclo di vita dei progetti.

Il sistema di prevenzione e controllo degli interventi PNRR è strutturato in **continuità con quanto definito nel PIAO 2025**, cui si rinvia per la descrizione analitica delle misure operative, ed è confermato quale assetto organizzativo di riferimento anche per il triennio 2026–2028.

In particolare, l’Azienda garantisce:

- la **tenuta di un fascicolo digitale dedicato** per ciascun intervento PNRR, quale elemento essenziale di accountability;
- la **tracciabilità procedurale, contabile e finanziaria** delle attività svolte;
- il monitoraggio dello stato di avanzamento, delle milestone e dei target attraverso i sistemi informativi istituzionali (ReGiS);
- il rafforzamento dei presidi di **prevenzione e gestione del conflitto di interessi**, anche potenziale;
- il rispetto degli obblighi di **trasparenza e pubblicazione**, secondo la disciplina vigente.

Il presidio operativo è assicurato secondo un modello di **responsabilità di linea**:

- **1° livello**: in capo alle Strutture precedenti e ai RUP, responsabili della corretta gestione, della produzione delle evidenze e della rendicontazione;
- **2° livello**: in capo al RPCT, con funzioni di monitoraggio, impulso e analisi delle criticità, senza sostituzione delle responsabilità istruttorie.

Gli **aspetti applicativi di dettaglio**, gli standard minimi di tracciabilità, le responsabilità operative e le evidenze obbligatorie sono riportati negli **allegati al presente PIAO**, che costituiscono parte integrante del sistema di prevenzione e controllo degli interventi PNRR.

Allegato – Presidi PNRR

1. **Tabella “CHI FA COSA” – Interventi PNRR**
(responsabilità di linea, supporto, monitoraggio RPCT, evidenze attese)
2. **Scheda di monitoraggio PNRR**
(indicatori misurabili, sostenibili, orientati a tracciabilità e presidio)
3. **Check-list “spuntabile” – Fascicolo minimo PNRR**
(standard documentale obbligatorio)

TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALA ILLECITI (WHISTLEBLOWER)



Il whistleblowing costituisce una **misura strutturale e strategica di prevenzione della corruzione**, nonché un presidio essenziale di **protezione dell’integrità dell’Azienda**, in quanto strumento di emersione anticipata di condotte illecite, irregolarità e disfunzioni organizzative.

Come evidenziato da **ANAC**, il sistema di segnalazione rappresenta oggi “*l’ultimo baluardo di tutela per chi denuncia illeciti*” e si colloca a pieno titolo nella **fase di protezione**

dell'Ente, rafforzando la fiducia dei lavoratori e la capacità dell'Amministrazione di intercettare tempestivamente situazioni di rischio.

Quadro normativo di riferimento

La disciplina del whistleblowing, originariamente prevista dall'art. 54-bis del D. lgs. n. 165/2001, è stata organicamente riformata dal **D. lgs. n. 24 del 10 marzo 2023**, attuativo della Direttiva (UE) 2019/1937, introducendo un sistema unitario di tutele volto a garantire:

- la **riservatezza dell'identità** del segnalante e delle persone coinvolte;
- la **protezione contro misure ritorsive** dirette o indirette;
- la **correttezza procedurale** e la tracciabilità nella gestione delle segnalazioni.

Le **Linee Guida ANAC n. 1/2025** non introducono nuovi obblighi, ma forniscono **chiariimenti operativi rilevanti** sull'organizzazione e sulla gestione dei canali interni, rafforzando l'effettività del sistema e la responsabilità organizzativa degli enti.

Presupposti di tutela

Le tutele previste dalla normativa operano quando la segnalazione:

- è effettuata da un dipendente pubblico o soggetto equiparato;
- è resa nell'interesse dell'integrità dell'Amministrazione;
- riguarda violazioni, atti, comportamenti od omissioni lesive dell'interesse pubblico;
- è fondata su fatti conosciuti in ragione del rapporto di lavoro o del contesto professionale.

Canali di segnalazione

Il sistema prevede:

- **canale interno, gestito dall'Azienda;**
- **canale esterno, gestito da ANAC;**
- ferma restando la possibilità, ricorrendone i presupposti, di presentare denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

Sistema aziendale di gestione delle segnalazioni

L'Azienda ha adottato un **sistema informatizzato dedicato**¹⁵, idoneo a garantire sicurezza, riservatezza e tracciabilità, conforme alle specifiche tecniche richieste dall'Autorità.

Il canale interno:

- è affidato al RPCT, quale garante della corretta applicazione della disciplina;
- consente l'invio di segnalazioni in forma scritta e orale, secondo modalità strutturate e sicure;
- è stato oggetto di valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA).

In linea con le Linee Guida ANAC n. 1/2025:

- ogni eventuale **disvelamento dell'identità del segnalante** è ammesso esclusivamente se strettamente necessario ai fini istruttori, è motivatamente formalizzato e tracciato;
- è garantita la registrazione degli accessi all'identità del segnalante, a tutela sia del segnalante sia del gestore;
- il canale orale è gestito esclusivamente con strumenti idonei, previo consenso espresso alla registrazione.

Gestore di riserva e conflitto di interessi

¹⁵ L'Azienda ha adottato una piattaforma informatica dedicata per la gestione delle segnalazioni di illecito, conforme al D. lgs. n. 24/2023 e allineata alle **Linee Guida ANAC n. 1/2025**, idonea a garantire elevati standard di sicurezza, riservatezza, tracciabilità e continuità del servizio. La soluzione assicura, tra l'altro, la gestione delle segnalazioni scritte e orali, la tracciabilità degli eventuali casi di disvelamento dell'identità, la previsione di un gestore di riserva e l'aggiornamento continuo rispetto all'evoluzione normativa, nel rispetto dei requisiti di sicurezza digitale della PA.

In coerenza con gli indirizzi ANAC, l’Azienda potrebbe prevedere l’**individuazione di un gestore di riserva** delle segnalazioni, attivabile nei casi di:

- conflitto di interessi o incompatibilità del gestore principale;
- segnalazioni che coinvolgano direttamente il RPCT;
- assenza o indisponibilità del gestore titolare.

Tale presidio è finalizzato a garantire **terzietà, continuità operativa e imparzialità** del sistema.

Obblighi organizzativi e di comportamento

Tutte le Strutture aziendali coinvolte sono tenute a:

- rispettare rigorosamente gli **obblighi di riservatezza**;
- astenersi da qualsiasi forma di condotta ritorsiva o discriminatoria;
- assicurare una gestione istruttoria corretta, tracciabile e coordinata;
- collaborare lealmente con il RPCT, evitando iniziative autonome non autorizzate.

La violazione degli obblighi di riservatezza o del divieto di ritorsione costituisce **comportamento contrario ai doveri d’ufficio**, rilevante anche sotto il profilo disciplinare e sanzionatorio.

Monitoraggio e andamento della misura

Nel corso dell’anno 2025 sono pervenute **n. 14 segnalazioni**, dato che conferma una **crescente fiducia nel sistema** e nella funzione di garanzia svolta dall’Azienda.

Il monitoraggio annuale è orientato a verificare:

- funzionalità e accessibilità del canale;
- correttezza procedurale e tracciabilità;
- rispetto delle tutele;
- assenza di misure ritorsive.

Azioni di miglioramento (PIAO 2026–2028)

Nel triennio di riferimento l’Azienda intende:

- consolidare il ruolo del whistleblowing quale strumento di protezione organizzativa;
- rafforzare ulteriormente i presidi di riservatezza e sicurezza;
- potenziare la formazione e la sensibilizzazione del personale;
- garantire piena operatività del gestore di riserva;
- assicurare una gestione sempre più difendibile, documentata e coerente con gli indirizzi ANAC.

Applicazione: la misura è attiva e presidiata; l’incremento delle segnalazioni è letto come indicatore positivo di fiducia nel sistema e di maturità organizzativa.

MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Il monitoraggio dei tempi procedimentali costituisce una misura specifica di prevenzione della corruzione e di rafforzamento della trasparenza, in quanto consente di presidiare il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, ridurre margini di discrezionalità non tracciata e intercettare tempestivamente criticità organizzative o anomalie ricorrenti.

In coerenza con i principi di buon andamento e imparzialità dell’azione amministrativa e con l’approccio per processi promosso dai Piani Nazionali Anticorruzione, ciascuna Struttura aziendale è responsabile del presidio dei tempi di conclusione dei procedimenti di competenza, con particolare attenzione ai procedimenti a maggiore esposizione al rischio (autorizzazioni, concessioni, accreditamenti, contratti pubblici, pagamenti, concorsi e selezioni).

Presidi organizzativi

Le Strutture competenti assicurano:

- l'individuazione dei procedimenti e dei relativi termini di conclusione;
- il monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e la tracciabilità delle principali fasi istruttorie e decisionali;
- l'aggiornamento e la pubblicazione dei dati nella sezione *Amministrazione Trasparente* dedicata al monitoraggio dei tempi procedurali, nel rispetto dei requisiti di qualità del dato.

Gestione degli scostamenti

Eventuali scostamenti significativi o ricorrenti rispetto ai termini previsti sono analizzati dalla Struttura competente, con individuazione delle cause e adozione di misure correttive proporzionate, anche di natura organizzativa o procedurale.

Ruolo del RPCT

Il RPCT assicura un **monitoraggio di secondo livello**, non sostitutivo delle responsabilità di linea, finalizzato:

- alla rendicontazione annuale;
- all'aggiornamento della valutazione del rischio;
- al miglioramento continuo dei processi amministrativi.

Continuità della misura

Il monitoraggio, già attuato negli anni precedenti, è confermato per il 2026, con l'obiettivo di rafforzare l'omogeneità dei flussi informativi, la tracciabilità delle evidenze e la gestione tempestiva degli eventuali scostamenti.

Applicazione: la misura risulta attiva e presidiata; permane l'esigenza di garantirne continuità e aggiornamento sistematico quale strumento di trasparenza, prevenzione e miglioramento organizzativo.

“Gli aspetti operativi, gli indicatori di monitoraggio e le modalità di gestione degli scostamenti sono dettagliati nella Scheda di monitoraggio (OIV) – Monitoraggio dei tempi procedurali, allegata al presente PIAO.”

MECCANISMI DI ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI IDONEI A PREVENIRE FENOMENI CORRUTTIVI

In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con un approccio di gestione del rischio basato su presidi organizzativi e controlli interni, l'Azienda assicura l'adozione di meccanismi strutturati di attuazione e controllo delle decisioni, finalizzati a prevenire fenomeni corruttivi e di maladministration, ridurre margini di discrezionalità non presidiata e garantire integrità, imparzialità e tracciabilità nei processi a maggiore esposizione.

Tali meccanismi costituiscono **misura specifica di prevenzione della corruzione** e sono applicati secondo criteri di **proporzionalità e adeguatezza**, in relazione alla complessità del procedimento, al livello di rischio e alla natura delle decisioni assunte, con particolare riferimento ai processi “high risk” (contratti pubblici, autorizzazioni e accreditamenti, liquidazioni e pagamenti, gestione del personale, attribuzione di vantaggi economici).

Presidi organizzativi essenziali

L'Azienda assicura, in via ordinaria e/o rafforzata, i seguenti presidi:

a) Segregazione delle funzioni; È garantita, ove compatibile con l'organizzazione, la separazione tra le principali fasi del processo decisionale (istruttoria, decisione, esecuzione, controllo), al fine di evitare concentrazioni non presidiate di potere. Nei casi di oggettiva non attuabilità, sono adottate **misure compensative** (controlli rafforzati, standardizzazione, collegialità, tracciabilità e verifiche a campione).

b) Tracciabilità delle fasi e responsabilizzazione; Ogni fase significativa del procedimento è tracciabile e verificabile mediante fascicolo procedimentale, sistemi informativi e motivazione degli atti, con chiara individuazione di responsabilità, passaggi decisionali ed evidenze istruttorie.

c) Standardizzazione delle istruttorie; Per i procedimenti a maggiore esposizione sono promossi modelli standard, check-list operative e criteri applicativi condivisi, al fine di ridurre difformità non giustificate e rendere controllabili le valutazioni tecnico-discrezionali.

d) Collegialità nei processi complessi; Per attività ad elevato impatto tecnico-discrezionale o economico-organizzativo sono favoriti meccanismi di collegialità (commissioni, gruppi di lavoro, istruttorie condivise), quale presidio di trasparenza interna e responsabilità diffusa.

Controlli di primo e secondo livello

- **Controlli di primo livello:** in capo ai Dirigenti responsabili delle Strutture, che garantiscono la correttezza procedimentale, la completezza istruttoria e il rispetto dei passaggi autorizzativi.
- **Controlli di secondo livello:** svolti dal RPCT mediante monitoraggi documentali e verifiche a campione proporzionate, con funzioni di impulso e raccordo, **senza sostituzione delle responsabilità di linea.**

In presenza di criticità o scostamenti, sono attivate azioni correttive tempestive e tracciate.

Digitalizzazione e controllabilità ex post

L’Azienda promuove l’utilizzo di strumenti digitali e piattaforme gestionali idonei a garantire tracciabilità delle operazioni, ricostruibilità delle decisioni, monitoraggio dei tempi e conservazione ordinata delle evidenze, anche ai fini di audit e controlli esterni.

Applicazione

La misura è applicata in modo diffuso nelle Strutture aziendali, con rafforzamento nei processi a maggiore rischio. Permane l’esigenza di consolidare omogeneità operativa e tracciabilità delle fasi istruttorie e decisionali, quale presidio di tutela dell’Amministrazione e dei soggetti coinvolti nei procedimenti.

“Gli aspetti operativi, le responsabilità di primo e secondo livello e le evidenze documentali minime attese sono dettagliati nella Tabella – Evidenze minime attese (meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni), allegata al presente PIAO.”

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Nel rispetto dell’art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012, l’Azienda assicura l’applicazione sistematica del **Patto di Integrità** quale misura specifica di prevenzione della corruzione e di rafforzamento dei presidi di legalità nell’ambito dei contratti pubblici.

Il Patto di Integrità costituisce un insieme di condizioni vincolanti che, ove previsto, rappresentano **presupposto necessario per la partecipazione alle procedure di affidamento** e che impegnano l’operatore economico, sin dalla fase di selezione e per tutta la durata del rapporto contrattuale, al rispetto di principi di lealtà, correttezza, trasparenza e collaborazione istituzionale.

Con la sottoscrizione del Patto di Integrità, l’operatore economico si impegna, in particolare:

- ad astenersi da qualsiasi condotta idonea a influenzare impropriamente l’esito della procedura;
- a non porre in essere comportamenti riconducibili a corruzione, collusione o condizionamento, anche indiretto, dell’azione amministrativa;
- a garantire una corretta e trasparente esecuzione del contratto.

Ambito di applicazione e riferimenti aziendali

L’Azienda ha adottato il Patto di Integrità con deliberazione del Direttore Generale n. 48 del 30 agosto 2019, nell’ambito del Protocollo d’intesa per la legalità della Prefettura – U.T.G. di Napoli.

Il Patto di Integrità:

- si applica alle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture;
- costituisce parte integrante della documentazione di gara;

- diviene parte integrante del contratto stipulato con l'operatore economico aggiudicatario.

Presidi operativi essenziali

Le Strutture competenti assicurano, secondo la disciplina vigente e la lex specialis:

- l'acquisizione della sottoscrizione del Patto di Integrità nelle procedure di affidamento, incluse quelle sotto soglia e gli affidamenti diretti, ove previsto;
- l'inserimento di apposite clausole negli atti di gara e di affidamento, con indicazione delle conseguenze in caso di mancata sottoscrizione o di violazione degli impegni assunti;
- la conservazione del Patto sottoscritto nel fascicolo di gara/affidamento quale evidenza documentale tracciabile e verificabile;
- la coerenza, in fase di esecuzione contrattuale, tra gli obblighi del Patto di Integrità e le clausole contrattuali, con particolare attenzione alle fasi maggiormente esposte a rischio (varianti, proroghe, subappalti, SAL, collaudi, liquidazioni).

Responsabilità e monitoraggio

La responsabilità dell'attuazione della misura è in capo alle **Strutture precedenti e ai soggetti titolari del procedimento** (Dirigenti competenti, RUP, DEC/DL, ove nominati).

Il RPCT assicura un **monitoraggio di secondo livello**, mediante verifiche documentali e controlli a campione sulla presenza del Patto di Integrità e sulla tracciabilità delle clausole nei fascicoli, senza sostituzione delle responsabilità di linea.

Applicazione: la misura è operativa e strutturata; nel triennio di riferimento si conferma l'esigenza di garantirne applicazione uniforme, anche negli affidamenti sotto soglia, e di rafforzare la qualità e la tracciabilità delle evidenze documentali.

“Le responsabilità operative, le attività di controllo e le evidenze documentali minime attese sono dettagliate nella Tabella di monitoraggio “Chi fa cosa” – Patto di Integrità (Contratti pubblici), allegata al presente PIAO.”

Tabella di monitoraggio “CHI FA COSA” – Patto di Integrità (Contratti pubblici)

Fase / Attività	Struttura precedente / conferente (1° livello)	Uffici di supporto (supporto/gestione)	RPCT (2° livello – campione/criticità)	Evidenze attese (“carta canta”)
Predisposizione documentazione di gara/affidamento (incl. sotto soglia/affidamenti diretti)	Struttura competente all'affidamento (UOC Appalti/Provveditorato/Area Tecnica/Struttura richiedente se abilitata)	Segreteria tecnica / supporto amministrativo / ufficio contratti	Verifica a campione su procedure e documenti tipo	Clausola Patto di Integrità inserita in disciplinare/lettera invito/avviso/determina
Acquisizione Patto di Integrità sottoscritto dagli operatori economici	RUP / Struttura precedente	Ufficio gare / segreteria piattaforma e-procurement	Verifica a campione su fascicoli	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patto sottoscritto (OE) acquisito e protocollato / allegato in piattaforma
Verifica completezza documentale prima dell'ammissione/aggiudicazione	RUP / Commissione (se nominata)	Ufficio gare / supporto istruttorio	Verifica su criticità o segnalazioni	Check documentale (anche con check-list) + evidenza controllo
Conservazione nel fascicolo di gara/affidamento	RUP / Struttura precedente	Ufficio protocollo / gestione documentale / e-procurement	Controlli campione	Fascicolo completo con Patto presente e reperibile
Sottoscrizione per presa d'atto/attestazione della Struttura competente	Dirigente Responsabile della Struttura precedente	Supporto amministrativo	Verifica a campione	Patto firmato anche lato Azienda / evidenza nel fascicolo
Stipula contratto con richiamo al Patto di Integrità	Struttura competente / Ufficio contratti	Affari Legali (ove previsto)	Verifica su casi ad alto rischio	Contratto con richiamo al Patto + allegazione o rinvio formale

Fase / Attività	Struttura procedente / conferente (1° livello)	Uffici di supporto (supporto/gestione)	RPCT (2° livello – campione/criticità)	Evidenze attese ("carta canta")
Gestione esecuzione (varianti, proroghe, rinnovi, subappalti, SAL, collaudi, liquidazioni)	DEC / DL / RUP (secondo nomina)	Ufficio contratti / contabilità / area tecnica	Monitoraggio su eventi "sensibili"	Atti tracciati + coerenza con obblighi Patto (note/verbali/contestazioni)
Gestione criticità/violazioni del Patto (condotte improprie, anomalie, segnalazioni)	RUP/DEC/DL + Dirigente competente	Affari Legali / Ufficio procedimenti disciplinari (se rileva)	Presidio su criticità rilevanti e misure correttive	Nota istruttoria + determinazione organizzativa (misure adottate)
Monitoraggio periodico della misura	Strutture competenti ai contratti	Uffici gare/contratti	Verifica a campione + reporting PIAO	Report campionamento / esiti OK-KO / azioni correttive
Aggiornamento formativo e clausole standard	UOC Appalti/Provveditorato / Area competente	Affari Legali / supporto qualità	Indirizzo e raccordo	Format aggiornati + modelli uniformi pubblicati/intranet

Nota: la misura opera come presidio sostanziale e non meramente formale, poiché consente di garantire uniformità applicativa, tracciabilità documentale e verificabilità ex post delle procedure di affidamento ed esecuzione, con particolare riferimento ai processi a maggiore esposizione.

SCHEDA DI MONITORAGGIO (OIV) – PATTO DI INTEGRITÀ NEI CONTRATTI PUBBLICI

Misura	Indicatore	Fonte	Frequenza	Target	Responsabile	Evidenze attese	Esito (OK/KO)	Azioni correttive
Applicazione sistematica del Patto di Integrità nelle procedure di affidamento (sopra e sotto soglia, incluse procedure negoziate)	% procedure di affidamento con Patto di Integrità acquisito e conservato nel fascicolo	Fascicoli di gara/affidamento (piattaforma e-procurement / protocollo / gestione documentale)	Annuale (con controlli a campione infrannuali)	100%	Strutture competenti affidamenti + RUP (e DEC/DL ove nominati)	Patto/dichiarazione sottoscritta da OE + firma Struttura competente + inserimento nel fascicolo		Integrazione documentale e immediata; richiamo formale alla Struttura; aggiornamento checklist
Inserimento clausola obbligatoria sul Patto di Integrità in atti di gara/inviti/affidamento	% procedure con clausola presente in avviso/bando/invito/atti	Documentazione di gara (bando/disciplinare/invito/affidamento)	Annuale	100%	Strutture competenti affidamenti + RUP	Clausola riportata negli atti; template aggiornati		Aggiornamento modelli standard; istruzione operativa; verifica preventiva su schemi
Presidio anche per affidamenti sotto soglia (inclusi < € 40.000,00)	N. affidamenti sotto soglia privi di Patto / totale affidamenti sotto soglia	Fascicoli affidamenti sotto soglia	Annuale	0 casi	Strutture competenti affidamenti + RUP	Evidenza Patto/dichiarazione nel fascicolo anche sotto soglia		Recupero documentale; segnalazione scostamento; standardizzazione procedura
Controlli a campione sulla presenza del Patto nel fascicolo	% controlli effettuati sul campione definito	Report controlli interni / RPCT / audit	Annuale	≥ 30% del totale procedure (o campion	RPCT + Strutture competenti	Verbale/Report controllo; elenco fascicoli verificati		Estensione campione; piano correttivo; indicazioni operative

Misura	Indicatore	Fonte	Frequenza	Target	Responsabile	Evidenze attese	Esito (OK/KO)	Azioni correttive
				e definito)				alle Strutture
Gestione scostamenti e tracciabilità delle azioni correttive	N. scostamenti rilevati con azioni correttive formalizzate	Report RPCT / note interne / verbali	Annuale	100% scostamenti con azione correttiva tracciata	Strutture competenti + RPCT	Nota di riscontro; integrazione fascicolo; aggiornamento procedure/modelli		Richiamo scritto; formazione mirata; revisione flussi/controlli di secondo livello

HIGH RISK MONITORING – MONITORAGGIO PERIODICO DELLE MISURE DI PREVENZIONE (AREE A RISCHIO MEDIO-ALTO/ALTO)

In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con l'impostazione del sistema aziendale di gestione del rischio corruttivo, l'Azienda assicura un **monitoraggio periodico sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di prevenzione**, con specifico focus sulle aree e sui processi classificati a rischio **medio-alto/alto**.

Il High Risk Monitoring costituisce una misura organizzativa essenziale per verificare che le misure previste dal PIAO siano **effettivamente applicate, documentate e verificabili**, nonché adeguate rispetto all'evoluzione dei processi, delle responsabilità organizzative e del contesto operativo.

Finalità

Il monitoraggio è finalizzato a:

- verificare l'effettiva attuazione delle misure nei processi a rischio elevato;
- valutare la tenuta dei presidi adottati, anche in relazione a criticità, rilievi, segnalazioni o non conformità;
- individuare scostamenti, vulnerabilità organizzative e aree di miglioramento;
- assicurare tracciabilità e rendicontazione delle attività svolte;
- attivare azioni correttive proporzionate e documentate.

Ambiti prioritari

Il monitoraggio è orientato prioritariamente, a titolo esemplificativo, a:

- contratti pubblici (programmazione, affidamento, esecuzione);
- gestione del personale (reclutamento, progressioni, incarichi);
- procedimenti autorizzativi, concessionari e con effetti favorevoli;
- rapporti economici con soggetti esterni;
- processi ad elevata discrezionalità tecnica o rilevanza economica;
- progettualità complesse e fondi vincolati (es. PNRR).

Modalità operative

Il High Risk Monitoring è svolto secondo un **approccio proporzionato e sostenibile**, mediante:

- verifiche documentali e controlli a campione sui fascicoli;
- analisi delle evidenze istruttorie e dei presidi obbligatori;
- utilizzo degli indicatori di attuazione previsti;
- raccordo, ove necessario, con audit interni e altri sistemi di controllo.

Per ciascun ambito monitorato è assicurata la disponibilità di **evidenze minime "a prova di audit"** (fascicoli completi, tracciabilità delle decisioni, presidi acquisiti, controlli effettuati).

Esiti e azioni correttive

Gli esiti del monitoraggio possono determinare:

- richieste di integrazione o adeguamento procedurale;
- aggiornamento di modulistica e strumenti operativi;
- rafforzamento dei presidi organizzativi;

- iniziative mirate di sensibilizzazione o formazione.

Le Strutture interessate assicurano il follow-up delle azioni correttive e la tracciabilità delle misure adottate.

Responsabilità

La **responsabilità primaria dell'attuazione delle misure** resta in capo ai Direttori/Responsabili delle Strutture titolari dei processi. Il **RPCT svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio di secondo livello**, senza sostituzione delle responsabilità di linea.

Applicazione: la misura è attiva e strutturata; nel triennio 2026–2028 si conferma la necessità di consolidare un monitoraggio sistematico e documentato sui processi a maggiore esposizione.

“Le responsabilità operative, le modalità di verifica e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella Tabella “Chi fa cosa” – High Risk Monitoring (aree a rischio medio-alto/alto), allegata al presente PIAO.”

DIGITALIZZAZIONE E TRACCIABILITÀ DEI PROCESSI (AFFIDAMENTO – ESECUZIONE – LIQUIDAZIONE)

(standardizzazione documentale e conservazione delle evidenze - affidamento – esecuzione – liquidazione)

In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con gli obiettivi di rafforzamento dell'integrità amministrativa, l'Azienda promuove la **digitalizzazione e la tracciabilità dei processi** quale misura specifica di prevenzione della corruzione e di riduzione del rischio di maladministration, con particolare riferimento alle fasi maggiormente esposte a rischio corruttivo e/o di irregolarità amministrativo-contabile.

La misura è finalizzata ad assicurare che i procedimenti, in particolare quelli relativi ad **affidamento, esecuzione contrattuale e liquidazione**, siano gestiti secondo criteri di **trasparenza, verificabilità, imputabilità delle responsabilità e conservazione strutturata delle evidenze**, garantendo la piena ricostruibilità dell'iter procedimentale e la controllabilità ex post.

Ambito di applicazione prioritario

La misura si applica, in via prioritaria, ai seguenti ambiti:

- contratti pubblici, in tutte le fasi del ciclo di vita del contratto;
- affidamenti sotto soglia e affidamenti diretti, ove applicabile;
- procedimenti di pagamento e liquidazione;
- procedimenti ad elevata discrezionalità tecnica o amministrativa.

Presìdi essenziali

L'Azienda assicura, secondo un approccio proporzionato e sostenibile:

- la gestione digitale dei procedimenti, mediante sistemi informativi e fascicoli procedimentali strutturati, ove disponibili;
- la tracciabilità delle fasi e delle responsabilità (chi fa cosa, quando e con quali evidenze);
- la standardizzazione documentale attraverso modelli e check-list operative per le fasi sensibili;
- la segregazione delle funzioni e il presidio delle fasi maggiormente esposte;
- la conservazione delle evidenze minime “a prova di audit” nel fascicolo procedimentale/contrattuale.

Monitoraggio e miglioramento

Nel triennio 2026–2028 l'Azienda consolida la misura attraverso:

- verifiche periodiche sulla completezza dei fascicoli e sulla tracciabilità delle fasi;
- progressiva diffusione di format uniformi e strumenti di supporto;
- iniziative di rafforzamento delle competenze nelle aree ad alto rischio;
- integrazione dei presìdi digitali con i controlli interni e con il monitoraggio di secondo livello del RPCT, secondo criteri di proporzionalità.

Applicazione: la misura è attiva e rilevante ai fini della prevenzione; permane l'esigenza di garantirne applicazione uniforme e documentata, con particolare attenzione ai procedimenti di affidamento, esecuzione e liquidazione.

*“Le modalità operative, gli indicatori di attuazione, le fonti informative e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella **Scheda di monitoraggio – Digitalizzazione e tracciabilità dei processi (affidamento, esecuzione, liquidazione)**, allegata al presente PIAO.”*

GESTIONE DEL RISCHIO FRODI E CONTROLLI SUGLI INTERVENTI E PROGETTI FINANZIATI - (PNRR E ALTRE LINEE DI FINANZIAMENTO)

In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione, con la normativa europea e nazionale in materia di utilizzo delle risorse pubbliche e con le disposizioni specifiche applicabili al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l’Azienda assicura un **presidio rafforzato del rischio di frodi, irregolarità e utilizzo non conforme delle risorse finanziarie**, con particolare riferimento agli interventi finanziati mediante fondi europei, nazionali e regionali a destinazione vincolata.

La gestione del rischio frodi assume rilievo strategico in considerazione:

- della rilevanza economica degli interventi e dell'elevato volume di risorse movimentate;
- delle tempistiche stringenti di attuazione e rendicontazione;
- della complessità procedurale e delle misure di semplificazione previste;
- della presenza di controlli multilivello (interni, regionali, nazionali ed europei).

Presidi organizzativi e assetto dei controlli

L’Azienda adotta un sistema di prevenzione e controllo del rischio frodi fondato su **tracciabilità, segregazione delle funzioni, responsabilizzazione dei ruoli e verificabilità delle evidenze**, assicurando in particolare:

- la chiara individuazione di ruoli e responsabilità (RUP e referenti di progetto);
- la distinzione, per quanto compatibile con l’assetto organizzativo, tra fasi di programmazione/istruttoria, affidamento, esecuzione, verifica e rendicontazione;
- la gestione strutturata del **fascicolo di progetto** e l’utilizzo dei sistemi informativi previsti dalla normativa di riferimento (es. ReGiS per il PNRR), al fine di garantire la ricostruibilità dell’intero ciclo di vita dell’intervento.

Controlli di linea e controlli di supervisione

Il presidio del rischio frodi è assicurato mediante un modello integrato di controlli:

- **controlli di primo livello**, in capo ai RUP e alle Strutture competenti, finalizzati a garantire la regolarità amministrativa, tecnica e contabile degli atti e delle operazioni;
- **controlli di secondo livello**, anche a campione e con focus sulle fasi più esposte a rischio (affidamenti, varianti, SAL/collaudi, liquidazioni, rendicontazione), orientati alla verifica della coerenza complessiva tra atti, avanzamento procedurale e rendicontazione.

Rendicontazione e sistemi informativi

Le attività di monitoraggio e rendicontazione sono svolte mediante i sistemi informativi previsti per ciascuna linea di finanziamento, assicurando:

- completezza, attendibilità e tempestività dei dati;
- coerenza tra documentazione amministrativa, tecnica e contabile;
- conservazione strutturata delle evidenze a supporto di verifiche interne ed esterne.

Ulteriori presidi di prevenzione

A rafforzamento del sistema, l’Azienda assicura:

- utilizzo di check-list operative e strumenti di autocontrollo per le fasi sensibili;
- acquisizione e aggiornamento delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e degli ulteriori presidi richiesti dalla disciplina di finanziamento (inclusa, ove prevista, la titolarità effettiva);
- coordinamento interstrutturale per la gestione delle scadenze e delle criticità;
- raccordo tra i presidi di prevenzione, trasparenza e controllo, con monitoraggio di secondo livello a cura del RPCT, secondo criteri di proporzionalità.

Monitoraggio e miglioramento continuo

Il monitoraggio del rischio frodi è effettuato con periodicità proporzionata al livello di rischio degli interventi. Gli esiti alimentano il processo di miglioramento continuo, anche mediante l'aggiornamento degli strumenti operativi, il rafforzamento della standardizzazione documentale e iniziative mirate di sensibilizzazione e formazione.

Applicazione: la misura è attiva e strutturata; nel triennio 2026–2028 l'Azienda conferma il rafforzamento del sistema di prevenzione e controllo del rischio frodi quale presidio essenziale di legalità, corretto utilizzo delle risorse pubbliche e piena accountability.

*“Le modalità operative, gli indicatori di monitoraggio, le fonti informative e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella **Scheda di monitoraggio – Rischio frodi e controlli su interventi finanziati (PNRR e altre linee vincolate)**, allegata al presente PIAO.”*

PRESÌDI SPECIFICI IN AMBITO FARMACEUTICO, DISPOSITIVI MEDICI E TECNOLOGIE SANITARIE

(incluse attività di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni)

Il settore dei farmaci, dei dispositivi medici e delle tecnologie sanitarie, nonché le attività connesse alla ricerca, alle sperimentazioni cliniche, alla formazione e alle sponsorizzazioni, costituisce un'area a **rischio medio-alto/alto** in ragione:

- dell'elevato valore economico delle forniture e della loro continuità;
- della presenza di valutazioni tecnico-professionali con margini di discrezionalità;
- della frequenza e intensità dei rapporti con operatori economici e sponsor;
- della possibile interferenza tra interesse pubblico e interessi privati.

In coerenza con il sistema di gestione del rischio adottato dall'Azienda, sono assicurati **presidi specifici** finalizzati a garantire **integrità, imparzialità, tracciabilità e verificabilità** dei processi decisionali e operativi.

Ambiti presidiati

I presidi si applicano, in particolare, a:

- acquisizione, gestione e utilizzo di farmaci, dispositivi e tecnologie sanitarie;
- rapporti con operatori economici e produttori;
- gestione del conflitto di interessi e obbligo di astensione;
- attività di ricerca e sperimentazione clinica;
- iniziative formative e sponsorizzazioni.

Presidi organizzativi essenziali

L'Azienda assicura, secondo criteri di proporzionalità e sostenibilità:

- tracciabilità delle fasi e delle responsabilità, anche mediante sistemi informatizzati e fascicoli dedicati;
- standardizzazione delle procedure e delle istruttorie, con conservazione delle evidenze documentali;
- presidio dei rapporti con operatori economici, vietando forme di interlocuzione non autorizzate o non tracciate;
- acquisizione e aggiornamento delle dichiarazioni di conflitto di interessi, con gestione formale delle situazioni rilevate;
- segregazione delle funzioni e, ove possibile, rotazione funzionale nelle fasi più esposte;
- trasparenza e tracciabilità dei rapporti con sponsor, in particolare per ricerca, sperimentazioni e formazione.

Le scelte cliniche, prescrittive e tecnologiche devono essere orientate a evidenze scientifiche, appropriatezza, sicurezza e sostenibilità, nel rispetto dei principi deontologici e del Codice di comportamento.

Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte nel rispetto della normativa vigente, dei regolamenti aziendali e delle buone pratiche scientifiche, garantendo:

- autorizzazioni e pareri previsti;

- assenza di condizionamenti;
- tracciabilità dei flussi, delle risorse e dei rapporti con sponsor;
- rispetto delle regole in materia di protezione dei dati personali.

Le sponsorizzazioni e le iniziative formative sono ammesse esclusivamente se coerenti con le finalità istituzionali e gestite con criteri oggettivi, non nominativi e tracciabili, nel rispetto del fabbisogno formativo aziendale.

Assetto delle responsabilità e monitoraggio

La responsabilità di **primo livello** per l'attuazione dei presidi è in capo alle Strutture competenti per materia (farmaceutica, approvvigionamenti, logistica, formazione, direzioni). Il **RPCT** assicura un **monitoraggio di secondo livello**, anche a campione e su criticità, senza sostituzione delle responsabilità istruttorie e gestionali delle Strutture.

Applicazione: la misura è attiva e presidiata; nel triennio 2026–2028 permane l'esigenza di rafforzare l'uniformità applicativa, la tracciabilità delle evidenze e la capacità di intercettare tempestivamente anomalie in un'area ad elevata complessità tecnico-economica.

*“Le responsabilità operative, i presidi applicativi e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella **Tabella ‘Chi fa cosa’ – Presidi specifici in ambito farmaceutico, dispositivi medici, tecnologie sanitarie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**, allegata al presente PIAO.”*

ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO (camere mortuarie e servizi connessi)

La gestione delle attività consequenti al decesso in ambito ospedaliero, ivi incluse le attività connesse alle camere mortuarie e ai servizi correlati (custodia e movimentazione della salma, gestione documentale, accessi ai locali, rapporti con imprese funebri e soggetti esterni), costituisce un'area a **elevata esposizione al rischio corruttivo e di maladministration**, anche alla luce di episodi emersi a livello nazionale che hanno interessato strutture sanitarie e operatori economici del settore.

In ragione della delicatezza del contesto (condizione emotiva dei familiari, urgenze operative, possibili asimmetrie informative e rischio di interferenze esterne), l'Azienda presidia tale ambito con misure organizzative e comportamentali finalizzate a garantire:

- **neutralità e imparzialità** dell'azione amministrativa e sanitaria;
- **assenza di condizionamenti indebiti** e di interferenze esterne;
- **correttezza e trasparenza** nella relazione con i congiunti;
- **tracciabilità delle attività** svolte e dei soggetti coinvolti;
- **tutela della dignità della persona deceduta** e rispetto dei familiari.

Eventi rischiosi (esemplificativi)

Tra i principali eventi rischiosi si richiamano, a titolo esemplificativo:

- comunicazione anticipata o indebita di informazioni relative al decesso a favore di una specifica impresa di onoranze funebri, in cambio di utilità o vantaggi;
- segnalazione, raccomandazione o indirizzamento dei familiari verso una determinata impresa, anche tramite pressioni informali o “intermediazioni” non autorizzate;
- richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità connesse all'espletamento delle funzioni (es. vestizione, movimentazione, gestione documentale);
- accesso improprio di soggetti esterni ai locali e contatti non autorizzati con familiari e utenti;
- gestione non tracciata o non conforme di fasi sensibili (es. presa in carico, consegna, registrazioni, affidamento a terzi).

Misure specifiche e presidi minimi (obbligatori)

Al fine di rafforzare il controllo e prevenire condotte improprie, sono adottati i seguenti presidi minimi.

1) Regole di condotta e divieti espressi

È fatto divieto assoluto al personale, a qualunque titolo coinvolto, di:

- segnalare o raccomandare ditte/agenzie funebri;
- procacciare affari o favorire operatori economici;
- ricevere o accettare utilità, anche indirette, connesse alle attività svolte.

Le violazioni costituiscono comportamento contrario ai doveri d'ufficio, rilevante ai fini disciplinari e, ove ricorrono i presupposti, anche sotto il profilo penale.

2) Trasparenza informativa verso i familiari e “libera scelta”

Nei locali interessati (camere mortuarie/obitorio/aree di attesa) deve essere assicurata:

- affissione ben visibile di un'informativa recante il principio della libera scelta dell'impresa funebre, specificando che il personale non effettua segnalazioni né intermediazioni;
- esposizione, ove previsto, dell'elenco delle imprese operanti sul territorio secondo modalità definite dal Presidio (o altra modalità istituzionale idonea a garantire informazione neutra e non selettiva);
- indicazione chiara dei canali aziendali di segnalazione in caso di pressioni, richieste improprie o comportamenti non conformi (anche tramite strumenti di segnalazione riservata/whistleblowing, ove applicabile).

3) Presidio organizzativo, turnazione e segregazione delle funzioni

Ove compatibile con l'organizzazione e la dotazione organica:

- è prevista la rotazione/turnazione del personale addetto alle attività maggiormente esposte (camere mortuarie e attività correlate);
- è assicurata, per quanto possibile, la segregazione delle funzioni tra attività operative e attività di verifica/controllo;
- è individuato un referente responsabile della tracciabilità delle attività e della corretta tenuta delle evidenze.

4) Tracciabilità degli accessi e delle attività (evidenze minime)

È garantita la tracciabilità delle attività attraverso evidenze documentali minime, tra cui:

- registro degli accessi ai locali (personale interno e soggetti esterni autorizzati);
- registrazioni delle attività essenziali (presa in carico, movimentazione, consegna/trasferimento, eventuali interventi svolti);
- eventuale identificazione del soggetto responsabile/operatore presente per le attività sensibili;
- conservazione ordinata delle evidenze, anche in formato elettronico, secondo le procedure del Presidio.

5) Monitoraggio e controlli (anche a campione)

È previsto un sistema di controllo documentale e/o operativo, con verifiche a campione sui processi e sulle attività svolte, finalizzate a rilevare:

- anomalie nei contatti con imprese esterne;
- accessi non autorizzati o non tracciati;
- segnalazioni di pressioni o comportamenti impropri;
- eventuali utilità indebite o richieste non consentite.

6) Questionari di gradimento / rilevazione della percezione (ove sostenibile)

Ove organizzativamente sostenibile, è prevista la somministrazione di strumenti di rilevazione (anche in forma semplificata) rivolti ai familiari, finalizzati a intercettare:

- qualità percepita del servizio;
- eventuali interferenze o condotte non corrette;
- segnalazioni di comportamenti non conformi.

7) Presidi su eventuali affidamenti a ditte esterne (se presenti)

Qualora siano presenti affidamenti esternalizzati (es. gestione camere mortuarie e servizi connessi), è assicurato il monitoraggio di:

- costi, tempi, proroghe e ripetitività degli affidamenti;
- eventuali concentrazioni anomale verso uno stesso operatore;
- rispetto degli obblighi contrattuali e dei presìdi di integrità;
- tracciabilità delle attività svolte e controlli di esecuzione a cura del DEC (ove nominato).

Soggetti attuatori / Strutture responsabili

- Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri
- Direttori/Responsabili delle UU.OO. interessate
- (se presenti) Strutture competenti per appalti/contratti e RUP/DEC per servizi esternalizzati

Indicatori di risultato e monitoraggio

Entro il **30 novembre** di ciascun anno, il Direttore Medico di Presidio (e/o i Direttori delle UU.OO. interessate, per quanto di competenza) trasmettono al RPCT un report annuale attestante:

- verifiche effettuate su un campione minimo del 30% delle attività/registrazioni/fascicoli selezionati (secondo modalità definite dal Presidio);
- n. questionari/rilevazioni effettuate e principali esiti (in forma aggregata);
- n. criticità rilevate, tipologia e azioni correttive adottate;
- misure adottate per prevenire, in particolare:
 1. comunicazioni anticipate o indebite a imprese funebri;
 2. segnalazioni ai familiari di specifiche ditte;
 3. richieste/accettazioni improprie di utilità o regali;
- violazioni accertate delle regole di condotta e del Codice di comportamento, con indicazione delle conseguenti valutazioni/azioni di competenza.

Applicazione: la misura è attiva e presidiata; nel triennio 2026–2028 si conferma la necessità di mantenere elevata l'attenzione organizzativa e di rafforzare la tracciabilità delle verifiche, considerata la particolare vulnerabilità del contesto e l'impatto reputazionale per l'Azienda.

“Le responsabilità operative, i presìdi applicativi e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella Tabella ‘Chi fa cosa’ - nella check list e nella tabella di monitoraggio - Attività conseguenti al decesso (camere mortuarie e servizi connessi), allegate al presente PIAO”

MISURE ULTERIORI FORMALIZZATE E STRUMENTI OPERATIVI INTEGRATIVI (LINEE GUIDA, PROCEDURE, FORMAT E ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI)

In coerenza con il sistema di gestione del rischio corruttivo adottato dall'Azienda e con l'impostazione metodologica dei Piani Nazionali Anticorruzione, l'Azienda valorizza e consolida l'adozione di **misure ulteriori formalizzate**, intese quali **strumenti operativi integrativi** delle misure generali e specifiche previste dal PIAO.

Tali misure non costituiscono duplicazione dei presìdi già individuati, ma ne rappresentano il **completamento applicativo**, assicurando che i principi di legalità, imparzialità, trasparenza e prevenzione trovino concreta attuazione nei procedimenti amministrativi e nei processi organizzativi.

Le misure ulteriori formalizzate sono finalizzate a:

- garantire **uniformità applicativa** delle regole nei diversi contesti organizzativi;
- ridurre la **discrezionalità non presidiata** e prevenire difformità procedurali;
- favorire la **standardizzazione dei procedimenti** e delle evidenze documentali;
- rafforzare **tracciabilità, verificabilità e ricostruibilità** delle attività amministrative;
- supportare il **miglioramento continuo** dei processi, anche in funzione delle criticità emerse e degli esiti dei controlli.

Tali strumenti assumono particolare rilievo nei processi a maggiore esposizione al rischio (quali, a titolo esemplificativo: contratti pubblici, gestione del personale, rapporti economici con soggetti esterni, autorizzazioni e concessioni, accreditamenti, liquidazioni e pagamenti, procedimenti a rilevanza economico-finanziaria), in quanto consentono di rendere le attività **ripetibili, controllabili e difendibili**.

Strumenti operativi

Rientrano tra le misure ulteriori formalizzate, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- procedure e istruzioni operative aziendali;
- format e modularistica standardizzata (es. dichiarazioni di conflitto di interessi/astensione, pantouflag, patti di integrità, verbali, check-list, schede di controllo e fascicolazione);
- schemi di reportistica e monitoraggio (es. controlli a campione, high risk monitoring, PNRR);
- note operative e comunicazioni applicative finalizzate a uniformare comportamenti e flussi documentali.

Diffusione, aggiornamento e responsabilità

L’Azienda assicura la diffusione sistematica degli strumenti adottati mediante pubblicazione su repository aziendali/intranet, trasmissioni interne e iniziative formative mirate, al fine di favorirne un utilizzo omogeneo, tempestivo e verificabile.

I Direttori/Responsabili delle Strutture, per quanto di competenza:

- applicano gli strumenti nei procedimenti di competenza;
- assicurano la coerenza delle procedure di Struttura con gli indirizzi aziendali;
- garantiscono la produzione, conservazione e reperibilità delle evidenze documentali;
- segnalano al RPCT eventuali criticità applicative o fabbisogni di aggiornamento.

Azioni di miglioramento (PIAO 2026–2028)

Nel triennio di riferimento l’Azienda prevede:

- progressiva standardizzazione di format, check-list e schemi operativi nelle aree “high risk”;
- rafforzamento della conservazione strutturata delle evidenze e dei fascicoli digitali;
- aggiornamento periodico delle procedure e delle linee guida in funzione di evoluzioni normative, esiti dei monitoraggi, criticità emerse e indirizzi ANAC.

Le misure ulteriori formalizzate costituiscono **presidi essenziali di compliance** e rappresentano **evidenze organizzative verificabili** anche ai fini di audit, ispezioni e controlli esterni.

Applicazione: la misura è attiva e consolidata; permane l’esigenza di garantirne continuità, aggiornamento e diffusione sistematica, quale condizione essenziale per assicurare uniformità applicativa, tracciabilità e piena verificabilità dell’azione amministrativa.

le responsabilità operative, i presidi applicativi e le evidenze documentali attese sono dettagliate nella scheda di monitoraggio – misure ulteriori formalizzate e strumenti operativi integrativi, allegata al PIAO

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE E GLI STAKEHOLDER

In coerenza con i principi di partecipazione, trasparenza, accountability e integrità, l’Azienda promuove azioni di sensibilizzazione e di interlocuzione con la cittadinanza e con i portatori di interesse quali misure trasversali del sistema di prevenzione della corruzione, finalizzate a rafforzare la cultura della legalità e a favorire l’emersione tempestiva di criticità organizzative, disfunzioni procedurali e fenomeni di maladministration.

Tali azioni contribuiscono non solo alla prevenzione del rischio corruttivo, ma anche al rafforzamento del rapporto fiduciario tra Amministrazione e comunità di riferimento, valorizzando il contributo informativo degli stakeholder

interni ed esterni quale supporto all'aggiornamento dinamico della mappatura dei processi e delle misure di prevenzione.

A tal fine, l'Azienda assicura la disponibilità di **canali istituzionali dedicati, accessibili e tracciabili**, idonei a garantire interlocuzione, richieste di chiarimento e trasmissione di segnalazioni circostanziate, nel rispetto delle competenze delle Strutture aziendali e delle procedure vigenti.

In particolare, è attivo l'indirizzo di posta elettronica **rpd@aslnapoli1centro.it**, quale canale funzionale a:

- favorire la partecipazione e il confronto sui temi della trasparenza, integrità e protezione dei dati personali;
- consentire un presidio diffuso e tempestivo di profili rilevanti ai fini della prevenzione dei rischi;
- supportare l'attività di raccordo del RPCT/RPD, garantendo la tracciabilità delle interlocuzioni e, ove necessario, l'attivazione di approfondimenti istruttori secondo le competenze.

Parallelamente, l'Azienda assicura un **punto di ascolto strutturato** attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), contattabile all'indirizzo **urp@aslnapoli1centro.it**, che svolge funzioni di interfaccia con l'utenza e presidio della qualità percepita dei servizi, garantendo in particolare:

- ascolto e orientamento dell'utenza;
- informazione sui servizi e sulle modalità di accesso;
- gestione di osservazioni, suggerimenti, segnalazioni e reclami;
- rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti.

Le informazioni e i feedback raccolti attraverso i canali istituzionali, ove pertinenti ai profili di integrità e rischio corruttivo, costituiscono elementi utili per:

- orientare azioni di miglioramento organizzativo;
- rafforzare presidi e misure nei processi maggiormente esposti;
- alimentare iniziative di sensibilizzazione e comunicazione interna mirata.

Applicazione: la misura è attiva e presidiata. Nel triennio 2026–2028 si conferma l'esigenza di mantenere e rafforzare canali di interlocuzione chiari, accessibili e tracciabili con la società civile e gli stakeholder, quale strumento di prevenzione, trasparenza sostanziale e miglioramento continuo dei servizi.

*Allegate al PIAO la Tabella "CHI FA COSA" e **SCHEDA DI MONITORAGGIO** "Sensibilizzazione, rapporto con società civile e stakeholder" - (gestione dei canali – supporto – monitoraggio – evidenze attese)*

ORGANIZZAZIONE E RISULTATI ATTESI DELLE GIORNATE DELLA TRASPARENZA, CON RENDICONTAZIONE DELLE EVIDENZE E DELLE AZIONI DI FOLLOW-UP

In coerenza con il quadro normativo in materia di trasparenza amministrativa e con gli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), l'Azienda assicura la realizzazione delle **Giornate della Trasparenza** quale misura di partecipazione, accountability e dialogo strutturato con la cittadinanza e con i portatori di interesse, finalizzata a rafforzare la cultura della legalità, dell'integrità e del controllo diffuso sull'azione amministrativa.

Le Giornate della Trasparenza costituiscono un momento istituzionale di particolare rilevanza, volto a garantire **trasparenza sostanziale** e comprensibilità dell'azione amministrativa, nonché a favorire un confronto effettivo con gli stakeholder interni ed esterni, orientato a:

- **rendere conoscibili e verificabili** le principali attività e scelte organizzative dell'Azienda;
- migliorare la **leggibilità e accessibilità** dei contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente";
- rafforzare la conoscenza dei contenuti del **PIAO 2026–2028**, con specifico riferimento alla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza";
- promuovere la consapevolezza dei **diritti di partecipazione e controllo civico** (accesso civico, segnalazioni, tutela del segnalante), contribuendo alla prevenzione della maladministration.

Programmazione e organizzazione (edizione 2026)

Per l'anno 2026, l'Azienda prevede lo svolgimento della **Giornata della Trasparenza entro il mese di febbraio**, con focus prioritario sulla presentazione del PIAO 2026–2028 e sulle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, con particolare attenzione:

- agli obblighi di pubblicazione e alla qualità del dato (completezza, aggiornamento, accessibilità) in “Amministrazione Trasparente”;
- ai presidi di prevenzione del conflitto di interessi e alle misure di integrità organizzativa;
- agli strumenti di tutela e garanzia (whistleblowing, accesso civico, accountability);
- al rafforzamento della **tracciabilità** e dei controlli interni sui processi a maggiore esposizione al rischio.

L'organizzazione dell'evento è curata dal **RPCT**, in raccordo con la **Direzione Strategica** e con le Strutture aziendali competenti per materia, assicurando:

- adeguata pubblicità dell'iniziativa mediante canali istituzionali;
- accessibilità dei contenuti e, ove possibile, modalità di partecipazione idonee a favorire il coinvolgimento degli stakeholder;
- raccolta strutturata delle istanze emerse, al fine di alimentare azioni migliorative verificabili.

Risultati attesi

Le Giornate della Trasparenza sono orientate al conseguimento dei seguenti risultati attesi:

- diffusione della conoscenza dei contenuti del PIAO e delle principali misure di prevenzione;
- rafforzamento della consapevolezza organizzativa in termini di responsabilità, ruoli e presidi;
- incremento della partecipazione informata di cittadini, stakeholder e personale interno;
- emersione di osservazioni e contributi utili al miglioramento continuo dei processi di trasparenza e integrità;
- riduzione del rischio di disallineamenti applicativi e incremento della qualità delle informazioni pubblicate.

Rendicontazione e tracciabilità delle evidenze (“a prova di audit”)

Al fine di garantire una gestione verificabile e rendicontabile, l'Azienda assicura la raccolta e conservazione delle evidenze documentali dell'iniziativa, mediante almeno:

- programma dell'evento e ordine dei lavori;
- materiali e presentazioni illustrate;
- elenco dei partecipanti (ove applicabile) e/o registrazione presenze;
- evidenza della pubblicizzazione dell'evento tramite sito istituzionale e canali aziendali;
- raccolta delle domande, richieste e contributi emersi durante l'incontro (anche in forma aggregata/sintetica);
- eventuale somministrazione e analisi di strumenti di feedback/gradimento, ove previsti.

Le evidenze sono conservate in modalità tracciabile, a supporto delle attività di monitoraggio e delle eventuali verifiche interne ed esterne.

Azioni di follow-up (impegni conseguenti e verificabili)

A valle della Giornata della Trasparenza, l'Azienda assicura la definizione di azioni di follow-up, finalizzate a trasformare i contributi emersi in interventi migliorativi effettivi e documentati, mediante:

- sistematizzazione dei contributi e delle esigenze informative rilevate;
- aggiornamento, ove necessario, di contenuti informativi, format e strumenti operativi;
- programmazione di eventuali iniziative di sensibilizzazione e formazione interna mirata;
- azioni di miglioramento sulla fruibilità e qualità dei contenuti pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Le azioni di follow-up sono oggetto di **tracciabilità e rendicontazione**, anche ai fini della Relazione annuale del RPCT e dell'aggiornamento dinamico delle misure del PIAO.

Applicazione: la misura è programmata e presidiata; l'Azienda conferma l'impegno a garantirne continuità, assicurando rendicontazione, evidenze verificabili e azioni conseguenti coerenti con i principi di trasparenza, integrità e accountability.

CHECK-LIST – EVIDENZE MINIME OBBLIGATORIE

Giornate della Trasparenza (edizione ____ / anno 2026)

1) Programmazione e autorizzazione

- Nota/atto interno di programmazione dell'evento (anche mail protocollata)
- Individuazione struttura organizzatrice (RPCT / URP / Comunicazione / altri)
- Data, orario, sede e modalità (presenza / webinar / ibrida) definite
- Agenda/ordine del giorno approvata

2) Pubblicità e comunicazione istituzionale

- Avviso pubblicato sul sito aziendale (news e/o sezione dedicata)
- Evidenza della pubblicazione (screenshot o stampa pdf della pagina)
- Inviti/convocazioni trasmessi alle Strutture interne (mail/PEC)
- Eventuali inviti a stakeholder esterni (associazioni, ordini, comitati, ecc.)

3) Materiali e contenuti presentati

- Programma definitivo dell'evento
- Presentazioni/slides utilizzate (PIAO, Trasparenza, misure anticorruzione, ecc.)
- Materiali di supporto (schede, link, FAQ, estratti Amministrazione Trasparente)
- Eventuale registrazione audio/video (se prevista) con indicazione conservazione

4) Partecipazione e tracciabilità presenze

- Registro presenze (firma in presenza) oppure report piattaforma (online)
- Elenco partecipanti (interni/esterni) in forma conforme privacy
- Numero totale partecipanti (dato aggregato)

5) Raccolta contributi e “domande/risposte”

- Verbale sintetico / report dell'incontro
- Raccolta Q&A (domande e risposte principali)
- Raccolta osservazioni/criticità emerse (anche in forma anonima/aggregata)
- Evidenza di eventuali richieste di accesso / segnalazioni / proposte ricevute

6) Feedback e gradimento (se previsto)

- Questionario di gradimento somministrato (format)
- Report esiti (aggregati)

- Evidenza delle principali aree di miglioramento rilevate

7) Follow-up (obbligatorio: "non finisce lì")

- Documento di sintesi "azioni conseguenti" (piano follow-up)
- Elenco azioni assegnate con responsabili e scadenze
- Evidenza di trasmissione alle Strutture competenti (mail/nota protocollata)
- Stato attuazione follow-up (almeno "avviato / in corso / concluso")
- Eventuale aggiornamento contenuti in Amministrazione Trasparente (evidenza)

8) Archiviazione e conservazione (a prova di audit)

- Fascicolo digitale dedicato (cartella/repository) con denominazione standard
- Documenti protocollati o conservati con riferimenti tracciabili
- Evidenza della conservazione (link interno / riferimento fascicolo)

Output minimo atteso (in 1 file unico)

❖ "Fascicolo Giornata della Trasparenza – anno ____" contenente almeno:

1. Avviso + evidenza pubblicazione
2. Programma
3. Materiali presentati
4. Presenze / report partecipazione
5. Verbale sintetico + Q&A
6. Piano follow-up con azioni e scadenze

MINI-TABELLA – GIORNATA DELLA TRASPARENZA (PIAO 2026)

Misura	Indicatore	Fonte	Frequenza	Target	Responsabile	Evidenze attese	Esito (OK/KO)	Azioni correttive
Organizzazione e realizzazione della Giornata della Trasparenza con presentazione PIAO e focus su trasparenza/anticorruzione	N. eventi realizzati nel periodo di riferimento	Programmazione interna / comunicazioni istituzionali	Annuale	≥ 1 evento/anno	RPCT + URP + Strutture competenti	Programma evento; comunicazione/avviso; materiali presentati	OK/KO	Ripianificazione evento entro termine utile; potenziamento comunicazione e coinvolgimento strutture
Coinvolgimento stakeholder e partecipazione interna/esterna	N. partecipanti / n. strutture presenti (ove rilevabile)	Registro presenze / report organizzativo	Annuale	Partecipazione garantita delle Strutture chiave	RPCT + URP	Elenco partecipanti (ove applicabile); report sintetico presenze	OK/KO	Inviti mirati; coinvolgimento Direzioni/Referenti; modalità ibrida (presenza/FAD)

Misura	Indicatore	Fonte	Frequenza	Target	Responsabile	Evidenze attese	Esito (OK/KO)	Azioni correttive
Rendicontazione e tracciabilità dell'iniziativa	Presenza di report conclusivo e archiviazione evidenze	Fascicolo evento / protocollo / repository	Annuale	100% eventi rendicontati	RPCT	Report evento; raccolta Q&A; documentazione archiviata	OK/KO	Standardizzazione format; checklist evidenze; definizione fascicolo digitale evento
Valutazione percezione/gradimento	Disponibilità di feedback (questionario o sintesi)	Questionario / survey / verbale	Annuale	Feedback raccolto (ove previsto)	URP + RPCT	Risultati questionario; sintesi valutativa	OK/KO	Revisione format; maggiore chiarezza contenuti; sessione Q&A dedicata
Follow-up e miglioramento continuo	N. azioni di follow-up avviate e tracciate	Piano azioni / note interne / aggiornamenti	Annuale	≥ 1 azione migliorativa tracciata	RPCT + Strutture competenti	Piano follow-up; assegnazione responsabilità; stato avanzamento	OK/KO	Sollecito strutture; definizione scadenze; integrazione in monitoraggi periodici

MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'IDONEITÀ DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE *(in continuità con i PIAO precedenti)*

In continuità con i PIAO precedenti, il monitoraggio e il riesame periodico delle misure costituiscono una fase essenziale del sistema aziendale di prevenzione della corruzione, finalizzata a verificare l'effettiva attuazione dei presidi previsti, la loro adeguatezza rispetto al contesto organizzativo e l'eventuale necessità di interventi correttivi, in un'ottica di miglioramento continuo.

Il sistema di monitoraggio è strutturato secondo un **modello a responsabilità diffusa**, articolato su due livelli complementari:

Monitoraggio di primo livello, in capo ai Direttori e Responsabili delle Strutture competenti, che assicurano:

- l'attuazione delle misure previste per i processi di competenza;
- la produzione e conservazione delle evidenze documentali;
- la segnalazione di eventuali criticità, scostamenti o azioni correttive adottate.

Monitoraggio di secondo livello, in capo al RPCT, che svolge attività di verifica documentale e controlli a campione sull'effettiva applicazione dei presidi, secondo criteri di proporzionalità e sostenibilità, senza sostituzione delle responsabilità istruttorie e gestionali delle Strutture.

Gli esiti del monitoraggio confluiscano nella **Relazione annuale del RPCT** e alimentano l'aggiornamento dinamico del sistema di prevenzione, con particolare attenzione ai processi e alle misure a maggiore esposizione al rischio. Per i profili di maggiore complessità e impatto, il monitoraggio è ulteriormente declinato nell'ambito delle **misure specifiche** previste dal presente PIAO (High Risk Monitoring, digitalizzazione e tracciabilità dei processi, presidi in ambito farmaceutico e di ricerca, formazione, conflitto di interessi e misure di settore).

ART. 35-BIS D.LGS. 165/2001 – PRESIDIO DICHIARAZIONI E CONTROLLI A CAMPIONE*(misura di continuità)*

In attuazione dell'art. 35-bis del D. lgs. n. 165/2001 e in continuità con i precedenti PIAO, l'Azienda assicura il presidio delle cause di inconferibilità e incompatibilità nei casi previsti dalla normativa, con particolare riferimento a:

- commissioni di concorso e selezione;
- commissioni e gruppi di valutazione in procedure di affidamento;
- commissioni per l'attribuzione di vantaggi economici;
- conferimento di incarichi e assegnazione a uffici nei casi normativamente rilevanti.

Le Strutture competenti garantiscono:

- l'acquisizione delle dichiarazioni previste;
- la conservazione delle evidenze nei fascicoli di riferimento;
- l'effettuazione di controlli a campione, secondo criteri proporzionati e sostenibili, con attivazione delle misure conseguenti in caso di criticità.

ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

L'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) costituisce un ambito a rilevante esposizione al rischio e richiede un presidio strutturato e continuativo, sia nella **fase autorizzatoria** sia nella **fase di svolgimento e controllo operativo**, nel rispetto del Regolamento aziendale vigente.

Fase autorizzatoria

È assicurata:

- la verifica preventiva dei requisiti;
- il controllo sulle dichiarazioni sostitutive rese dai professionisti;
- la produzione e conservazione di evidenze documentali tracciabili a supporto del rilascio dell'autorizzazione.

Fase di svolgimento e controlli operativi

Il corretto svolgimento dell'ALPI è verificato mediante **check-list aziendale standardizzata**, quale strumento di autocontrollo e di tracciabilità "a prova di audit".

Le verifiche riguardano, in particolare:

- gestione delle prenotazioni tramite CUP e coerenza delle agende autorizzate;
- timbrature con codice dedicato;
- riscossione, fatturazione e liquidazione;
- rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e ALPI;
- rispetto delle misure in materia di conflitto di interessi e del divieto di pantoufage.

A supporto del presidio sono confermate misure organizzative quali:

- informatizzazione delle liste di attesa;
- obbligo di prenotazione tramite CUP;
- aggiornamento periodico delle liste istituzionali;
- verifica dei volumi autorizzati;
- utilizzo di sistemi informatizzati di gestione dell'ALPI.

Responsabilità e flussi informativi

Sono responsabili dell'attuazione:

- il Responsabile della UO Intramoenia;
- i Dirigenti responsabili dei Dipartimenti Sanitari;
- i Direttori dei Distretti Sanitari;
- i Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri.

È previsto l'invio al RPCT, **anche in assenza di criticità**, di un report annuale attestante:

- l'effettuazione dei controlli;
- l'esito (OK/KO);
- le eventuali azioni correttive adottate.

Applicazione: misura attiva e presidiata; si conferma la necessità di garantire continuità dei controlli e tracciabilità delle evidenze, quale presidio essenziale di prevenzione e tutela organizzativa nell'ambito ALPI.

Allegato al PIAO la Scheda di monitoraggio – Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) - (indicatori, evidenze, flussi e responsabilità)

BREVE RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO 2025

Il monitoraggio e il riesame periodico delle misure di prevenzione della corruzione e della maladministration costituiscono una fase essenziale del sistema di gestione del rischio adottato dall'Azienda, finalizzata a verificare l'effettiva attuazione dei presidi previsti, la loro adeguatezza rispetto al contesto organizzativo e l'eventuale necessità di aggiornamenti o rafforzamenti, in un'ottica di miglioramento continuo.

Modalità di svolgimento del monitoraggio

Il monitoraggio è svolto con **cadenza annuale**, nella finestra temporale **15–30 novembre**, secondo modalità coerenti con l'impostazione ANAC e con il modello organizzativo aziendale.

L'attività è realizzata:

- in **autovalutazione** da parte dei Direttori/Responsabili delle Strutture competenti per l'attuazione delle misure;
- mediante **schemi, format e report standardizzati** predisposti e trasmessi dal RPCT, finalizzati a garantire uniformità, tracciabilità e verificabilità delle evidenze.

Ove necessario, il monitoraggio è integrato da **richieste mirate di approfondimento** su specifiche misure o processi, anche ai fini dell'aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO.

L'attività si è svolta in un contesto organizzativo complesso, caratterizzato da processi di riorganizzazione interna e dalla necessità di garantire continuità amministrativa e presidio dei processi a maggiore esposizione al rischio.

Focus 2025 – Aree a maggiore esposizione

Per l'annualità 2025, anche sulla base degli esiti dei monitoraggi precedenti, delle evidenze documentali raccolte e dei profili di rischio rilevati, l'attenzione è stata orientata prioritariamente alle **aree e ai processi classificati a maggiore esposizione**, con particolare riferimento alla **gestione del personale** (reclutamento, progressioni, incarichi, gestione economica e istituti contrattuali), nonché alle ulteriori aree tecniche ed economico-finanziarie ad elevato impatto organizzativo.

Le criticità più rilevanti emerse nel corso dell'anno hanno interessato prevalentemente l'area del personale, confermando la necessità di mantenere un **presidio rafforzato e sistematico** sui processi HR, in ragione della loro trasversalità, frequenza e discrezionalità tecnico-amministrativa.

Attività svolte (sintesi)

Nel corso del monitoraggio annuale sono state svolte, in sintesi, le seguenti attività:

- riesame e aggiornamento della **mappatura dei processi**;
- analisi delle **vulnerabilità** e valutazione dell'adeguatezza dei presidi esistenti;
- verifica della **segregazione delle funzioni** e dell'effettività dei controlli di primo livello;
- rafforzamento della **tracciabilità e delle evidenze documentali**;
- verifiche a campione sui procedimenti e sui processi decisionali, con incremento del livello di campionamento rispetto alle annualità precedenti;
- incontri operativi con il personale delle Strutture coinvolte;
- verifica della gestione del **conflitto di interessi**, anche potenziale;
- verifica della **funzionalità del canale di whistleblowing**, sotto il profilo organizzativo e informativo.

Le attività sono state rendicontate mediante documentazione trasmessa al RPCT entro la prima settimana di gennaio 2025.

Esiti e follow-up

Dai riscontri pervenuti emerge, in via generale, una **buona conoscenza delle misure di prevenzione** e un livello di attenzione complessivamente adeguato rispetto ai procedimenti presidiati.

Permane tuttavia l'esigenza di rafforzare il **coinvolgimento sistematico dei Referenti**, al fine di migliorare la tempestività e la piena attuazione di alcune attività connesse alla prevenzione della corruzione e agli adempimenti correlati.

Gli esiti del monitoraggio 2025 costituiscono base per:

- l'aggiornamento dinamico della valutazione del rischio nel **PIAO 2026–2028**;
- la definizione di **azioni correttive e misure rafforzate**, con particolare riferimento all'area del personale;
- il consolidamento di un approccio **“a prova di audit”**, fondato su evidenze documentali verificabili.

Le criticità emerse confermano la necessità di un presidio non meramente formale ma sostanziale, fondato su evidenze documentali, segregazione delle funzioni e controlli periodici, con responsabilizzazione diretta dei titolari di processo.

Raccordo con PNA, PNRR e contratti pubblici

In coerenza con il PNA 2022 e il relativo aggiornamento 2023, l'Azienda ha progressivamente rafforzato le misure specifiche in materia di **contratti pubblici e PNRR**¹⁶, ambiti caratterizzati da maggiori margini di discrezionalità e da un più elevato rischio di maladministration.

Il monitoraggio delle misure specifiche è stato effettuato tramite **schede dedicate**, predisposte dal RPCT e personalizzate per Struttura, con particolare attenzione alle fasi più esposte (affidamento, esecuzione, liquidazioni e rendicontazione).

Flussi informativi verso il RPCT

I Dirigenti delle Strutture operanti nelle aree a rischio assicurano l'aggiornamento del RPCT:

- periodicamente e/o su richiesta;
- in occasione di eventi rilevanti o criticità emerse;
- tramite report annuali e ulteriori flussi informativi necessari allo svolgimento delle funzioni di monitoraggio.

Il monitoraggio dell'attuazione e dell'efficacia delle misure è assicurato anche attraverso:

- i report annuali delle Strutture;
- la Relazione sulla performance;
- la Relazione annuale del RPCT.

APPROFONDIMENTO SU SOGGETTI, RUOLI, RESPONSABILITÀ, CONTROLLI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della maladministration adottato dall'Azienda è strettamente connessa al **coinvolgimento responsabile e coordinato** di tutti i soggetti che, a diverso titolo, partecipano alla gestione dei processi e delle decisioni amministrative.

¹⁶ L'Azienda ha recepito le raccomandazioni di ANAC (Autorità nazionale Anti Corruzione) che con il Piano Nazione al Anticorruzione 2022 ha individuato i principali fattori di rischio nell'ambito delle procedure di realizzazione dei progetti finanziati attraverso i fondi europei del PNRR, legati sia all'urgenza di procedere nel serrato programma di attività amministrative e tecniche sia alla possibilità degli Enti di applicare alle procedure di progettazione, di scelta del contraente e di realizzazione dei lavori disposizioni legislative speciali o comunque semplificate rispetto a quelle previste abitualmente dal Codice dei Contratti pubblici.

Il RPCT ha approfondito la tematica al fine di introdurre una serie di accorgimenti finalizzati a ridurre la possibile incidenza dei predetti rischi, introducendo apposite misure prevenzione specificamente dedicate agli interventi del PNRR.

Ad esempio nei controlli sulle gare d'appalto, è necessario verificare **l'assenza di situazioni di conflitto di interessi** per tutti i soggetti che partecipano alle procedure di affidamento anche al di fuori della commissione aggiudicatrice e di quelli che partecipano alla fase di esecuzione dei contratti.

Altro aspetto prioritario sarà la sistematica **pubblicazione sul sito aziendale Sezione Amministrazione Trasparenza** di tutti gli atti dei progetti e delle diverse fasi di realizzazione, in modo da favorire il controllo diffuso dei cittadini sull'azione amministrativa.

Il modello organizzativo aziendale si fonda su un approccio **diffuso e integrato**, nel quale il **RPCT svolge funzioni di impulso, coordinamento e monitoraggio**, ferma restando la responsabilità primaria dei titolari dei processi e delle strutture.

Direzione Strategica

La Direzione Strategica svolge un ruolo centrale:

- nella definizione degli indirizzi e delle strategie aziendali in materia di integrità e legalità;
- nella creazione di un contesto organizzativo idoneo a supportare l'azione del RPCT;
- nel garantire coerenza tra obiettivi strategici, organizzazione e sistema dei controlli.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)¹⁷

Il RPCT rappresenta il **punto di riferimento e di coordinamento** del sistema di prevenzione.

In coerenza con il PNA 2022, il RPCT:

- predispone, aggiorna e monitora il PIAO – sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”;
- verifica l'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione;
- svolge attività di impulso, raccordo e monitoraggio di secondo livello;
- interagisce con la Direzione Strategica, i dirigenti e gli organismi di controllo.

Il ruolo di coordinamento del RPCT **non comporta alcuna sostituzione né deresponsabilizzazione** dei dirigenti e dei responsabili di struttura, che restano titolari delle funzioni gestionali e dei controlli di primo livello.

Struttura di supporto al RPCT

In linea con gli indirizzi ANAC, l'Azienda ha istituito una **struttura organizzativa di supporto** al RPCT (U.O. Anticorruzione e Trasparenza), incardinata presso la Direzione Generale, che assicura supporto tecnico-amministrativo alle attività di pianificazione, monitoraggio e rendicontazione.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'OIV assicura il raccordo tra:

- sistema di prevenzione della corruzione;
- ciclo della performance;
- obblighi di trasparenza e valutazione.

Dirigenti responsabili di Struttura

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative rivestono un ruolo **essenziale e non delegabile** nel sistema di prevenzione. Essi:

- attuano le misure previste dal PIAO nei processi di competenza;

¹⁷ Il RPCT rappresenta il soggetto fondamentale nell'ambito dell'attuazione normativa ed operativa del Sistema Anticorruzione, e delle garanzie di Trasparenza e di Comportamento. Le Funzioni di RPCT sono affidate ad un dipendente al quale sono riconosciute ed attribuite tutte le prerogative e le garanzie di Legge. Al RPCT competono: poteri di interlocuzione e di controllo (all'articolo 1, comma non, lett. c) della Legge n. 190/2012); è disposto che i piani anticorruzione prevedano «obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione dei Piani programmatici e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate; Supporto conoscitivo e operativo (come dispongono i PNA, l'interlocuzione con gli uffici e la disponibilità di elementi conoscitivi idonei non sono condizioni sufficienti per garantire una migliore qualità dei piani. Occorre che il RPCT sia dotato di una Struttura Organizzativa di Supporto adeguata, per qualità del Personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Responsabilità (si deve operare nel quadro normativo attuale che prevede, in capo al RPCT, responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione. Questi può andare esente dalla responsabilità in caso di commissione di reati se dimostra di avere proposto Piani con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso. Il RPCT deve essere posto nella condizione di esercitare poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività: a tal fine devono essere disposte anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie. Al RPCT, è assegnato un Ufficio di Staff, previsto nella Dotazione Organica dell'Ente, costituito da Personale appositamente individuato dallo stesso RPCT.

- assicurano i controlli di primo livello;
- producono e conservano le evidenze documentali;
- adottano azioni correttive in caso di criticità;
- collaborano attivamente con il RPCT.

La violazione degli obblighi in materia costituisce fonte di responsabilità disciplinare e dirigenziale ed è valutabile ai fini della performance, ai sensi della normativa vigente e del Codice di comportamento.

Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

I Referenti svolgono funzioni di **supporto operativo e accordo** tra strutture e RPCT, assicurando:

- flussi informativi costanti;
- monitoraggio dell'attuazione delle misure;
- supporto alla predisposizione e al monitoraggio del PIAO.

Il loro ruolo è funzionale a garantire efficacia e tempestività del sistema, nel rispetto delle responsabilità in capo a dirigenti e RPCT.

Tutto il personale e collaboratori¹⁸

Tutti i dipendenti e i collaboratori dell'Azienda:

- sono tenuti al rispetto delle misure di prevenzione e del Codice di comportamento;
- partecipano, secondo competenza, alla mappatura dei processi e all'attuazione dei presidi;
- sono tenuti a segnalare situazioni di illecito o irregolarità.

Le violazioni delle misure costituiscono fonte di responsabilità disciplinare e, per i dirigenti, anche dirigenziale.

Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)¹⁹

L'UPD:

- gestisce i procedimenti disciplinari di competenza;
- fornisce al RPCT informazioni aggregate e pertinenti ai fini del monitoraggio del sistema;
- collabora all'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

Funzioni di controllo, audit e presidi specialistici

Concorrono al sistema di prevenzione, secondo le rispettive competenze:

- la funzione di Internal Auditing (da istituire), a supporto delle verifiche sull'idoneità dei presidi;
- il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);²⁰
- il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette ai fini antiriciclaggio²¹;
- il Responsabile dell'Accessibilità, in relazione agli obblighi di accessibilità digitale²²;
- il Dirigente della UOC Formazione, per l'integrazione della prevenzione della corruzione nei piani formativi aziendali.

Fornitori, utenti e cittadini

¹⁸ Tali disposizioni si applicano non solo ai dipendenti - ossia a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro subordinato con l'Azienda - ma anche a coloro che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'IZSLER (tirocinanti, consulenti etc.).

¹⁹ Con Deliberazione n. 1672 del 25 agosto 2025, l'Azienda ha provveduto alla riorganizzazione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

²⁰ Il dr. Enrico Aversano, Direttore Unità Operativa Complessa Acquisizione Servizi, è stato nominato "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA) dell'Azienda, con atto deliberativo n. 1667 del 26 novembre 2021.

²¹ La nomina di Gestore è stata conferita, con Deliberazione n. 158 del 2.02.2023, al RPCT

²² Il Responsabile dell'Accessibilità, nominato ai sensi del DPR 1° marzo 2005, n. 75, concernente il Regolamento di attuazione della Legge 4/2004. Notizie su accessibilità in azienda sono riportate su portale aziendale al link: <http://www.asln1.napoli.it/accessibilita>

Anche soggetti esterni concorrono indirettamente alla prevenzione:

- i fornitori, mediante l'adesione al Patto di Integrità e al Codice di comportamento;
- gli utenti e i cittadini, attraverso il controllo diffuso garantito dalla normativa sulla trasparenza.

Il sistema di prevenzione è fondato sul principio di **responsabilità diffusa**, sulla distinzione dei ruoli e sulla tracciabilità delle attività. Il RPCT esercita funzioni di coordinamento e monitoraggio, mentre la responsabilità dell'attuazione delle misure resta in capo ai titolari dei processi e delle strutture, secondo un modello coerente con gli indirizzi ANAC e con il principio di buon andamento dell'azione amministrativa.

UN CENNO SUGLI ATTI DEL RPCT

Le funzioni e i poteri del RPCT sono esercitati secondo criteri di proporzionalità, tracciabilità e tutela dell'Amministrazione, attraverso modalità **verbali** e/o **formali**, in relazione alla natura e alla rilevanza delle situazioni esaminate.

Il RPCT può intervenire:

- **in forma verbale**, nei casi di interlocuzione informale con soggetti interni o esterni, finalizzata a chiarimenti, orientamenti applicativi o prevenzione anticipata di criticità; su richiesta delle parti o quando opportuno, l'intervento può essere documentato mediante apposito verbale;
- **in forma scritta**, cartacea o informatica, nei casi in cui sia necessario assicurare tracciabilità, formalizzazione e verificabilità dell'intervento.

In particolare, l'intervento scritto del RPCT può assumere:

- la forma di **disposizione**, qualora sia necessario indicare o suggerire formalmente modifiche a comportamenti, atti o procedimenti che presentino profili di rischio o esposizione a fenomeni corruttivi o di illegalità;
- la forma di **ordine**, qualora sia necessario intimare la rimozione o l'eliminazione di atti, provvedimenti o comportamenti in contrasto con la normativa o con i presidi di integrità;
- la forma di **denuncia circostanziata** all'Autorità giudiziaria competente, con le comunicazioni previste agli altri soggetti istituzionali, nei casi in cui siano ravvisati con certezza fatti penalmente rilevanti o tentativi di reato.

Il RPCT **non svolge funzioni gestionali né sostitutive**, ma esercita un ruolo di impulso, coordinamento e monitoraggio, nel rispetto delle responsabilità proprie dei titolari dei processi.

Il sistema dei controlli interni come presidio di prevenzione

Il sistema dei controlli interni dell'Azienda costituisce un presidio strutturale di supporto alla Direzione Strategica e alle politiche di prevenzione della corruzione, assicurando il perseguitamento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei principi di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

L'Azienda ha progressivamente sviluppato meccanismi di controllo orientati a:

- separazione di ruoli e responsabilità;
- procedure di autorizzazione e validazione;
- decisioni collegiali;
- tracciabilità degli accessi e delle operazioni sui sistemi informativi;
- controlli automatici e successivi, anche a campione.

Il **controllo strategico** è esercitato dalla Direzione Strategica attraverso il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali.

Il **Collegio Sindacale** vigila sulla regolarità amministrativa e contabile. Il **processo di budget e controllo di gestione** consente il monitoraggio degli scostamenti e l'adozione di eventuali misure correttive.

È promosso, in modo sistematico, il principio dell'**autocontrollo**, inteso come responsabilità primaria delle Strutture e dei Servizi nella gestione dei rischi associati ai processi di competenza, inclusi i rischi corruttivi.

I Direttori/Responsabili di Struttura restano titolari:

- della gestione dei rischi;
- dell'attuazione delle misure di prevenzione;
- della produzione e conservazione delle evidenze documentali.

Presidio dei controlli sui progetti finanziati (PNRR e fondi vincolati)

In relazione ai progetti finanziati, in particolare a valere su fondi PNRR, il sistema dei controlli è articolato secondo quanto previsto dal **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)** e dalle direttive regionali, che individuano ruoli, responsabilità e flussi informativi.

La competenza primaria per la rendicontazione è in capo ai **RUP**, mediante utilizzo della piattaforma ministeriale **ReGiS**.

Ulteriori controlli amministrativo-contabili, di tipo concomitante e successivo, sono assicurati da dirigenti appositamente profilati, al fine di verificare la completezza e la coerenza dei dati e delle evidenze richieste dai livelli di controllo regionali, nazionali ed europei.

La definizione e il rafforzamento di criteri e metodi di controllo costituiscono obiettivo rilevante dell'azione amministrativa, in coerenza con gli indirizzi nazionali e con le migliori pratiche internazionali in materia di integrità e prevenzione dei rischi.

Il sistema delineato è orientato a garantire un presidio **effettivo, documentato e sostenibile**, fondato sulla responsabilizzazione dei titolari di processo, sulla tracciabilità delle decisioni e su controlli proporzionati, a tutela dell'Amministrazione, dei soggetti coinvolti e dell'interesse pubblico.

Nella seguente tabella sono rappresentati in modo sintetico i diversi tipi di controllo attivati in Azienda distinti tra meccanismi obbligatori e volontari e controlli interni ed esterni

	CONTROLLI INTERNI	CONTROLLI ESTERNI	CONTROLLI CONDIVISI
CONTROLLI OBBLIGATORI	Controllo di regolarità amministrativa e contabile (di tipo ispettivo – Collegio sindacale) Valutazione della dirigenza (Nucleo di Valutazione) Controllo di gestione ordinario (Servizio Programmazione e Controllo di Gestione) Controllo strategico (Consiglio di direzione in sede di Comitato direttivo) Anticorruzione e Trasparenza Antiriciclaggio Controlli resa del conto da parte degli agenti contabili	Controllo obiettivi generali e specifici Autorizzazione e accreditamento Controllo Corte dei conti Accesso civico	Circolo virtuoso delle segnalazioni
CONTROLLI VOLONTARI	Autocontrollo Audit clinico Controllo di gestione	Revisione di Bilancio Programmi di Valutazione Esterna di Qualità	Audit Civici



connessi al PNRR.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato dal D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231 e s.m.i., che ha progressivamente affiancato agli strumenti repressivi un apparato di prevenzione amministrativa fondato su obblighi di collaborazione attiva, tracciabilità delle operazioni e segnalazione tempestiva delle anomalie. Tale impianto, esteso anche al contrasto del finanziamento del terrorismo, assume particolare rilievo per le pubbliche amministrazioni che, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, gestiscono procedimenti e risorse potenzialmente esposti a rischi di infiltrazione criminale.

Ambito di applicazione

Ai sensi dell'articolo 10 del D.lgs. 231/2007, gli obblighi di comunicazione antiriciclaggio si applicano agli uffici dell'Azienda competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva e di controllo nell'ambito di:

- procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture;
- procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

In coerenza con le indicazioni del Comitato di Sicurezza Finanziaria e dell'Unità di Informazione Finanziaria, l'Azienda ha effettuato una mappatura dei processi maggiormente esposti al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, integrando tale analisi con il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Assetto organizzativo e governance

Con deliberazione n. 159 del 2 febbraio 2023, l'Azienda ha formalizzato il proprio assetto organizzativo antiriciclaggio, individuando:

- il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette, coincidente con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- una Commissione tecnica collegiale a supporto delle attività di valutazione;
- procedure interne per la gestione delle segnalazioni e per l'applicazione degli indicatori di anomalia.

Tale configurazione è coerente con quanto previsto dal PNA ANAC 2022, che valorizza l'integrazione funzionale tra prevenzione della corruzione, promozione della trasparenza e contrasto al riciclaggio, garantendo meccanismi di coordinamento, riservatezza e adeguata segregazione delle funzioni.

ANTIRICICLAGGIO IN AZIENDA

La prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo costituisce una componente strutturale del sistema di integrità dell'Azienda, in quanto presidio essenziale a tutela della legalità dell'azione amministrativa, dell'ordine economico-finanziario e del corretto utilizzo delle risorse pubbliche, con particolare riferimento ai flussi di spesa di maggiore rilevanza economica e ai finanziamenti a destinazione vincolata, inclusi quelli

Il Gestore opera quale unico interlocutore dell'UIF, assicurando l'analisi delle informazioni ricevute, la valutazione delle anomalie segnalate dalle strutture aziendali e, ove ne ricorrono i presupposti, la tempestiva trasmissione delle comunicazioni di operazioni sospette tramite il sistema Infostat-UIF della Banca d'Italia.

Ruolo delle strutture e collaborazione attiva

I Direttori delle Strutture Semplici e Complesse garantiscono l'attuazione delle disposizioni interne in materia di prevenzione del riciclaggio nell'ambito delle attività di rispettiva competenza. Il personale coinvolto nei procedimenti rilevanti è tenuto a prestare particolare attenzione a comportamenti, operazioni o assetti soggettivi anomali, trasmettendo tempestivamente al Gestore le informazioni rilevanti.

La comunicazione di operazioni sospette alla UIF non sostituisce né esclude l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria ai sensi dell'articolo 331 del Codice di procedura penale, ove ne ricorrono i presupposti.

Attività realizzate e stato di attuazione (baseline 2025)

Nel corso del 2025 l'Azienda ha rafforzato il sistema di prevenzione antiriciclaggio attraverso:

- la diffusione di strumenti operativi (checklist antiriciclaggio, istruzioni e modelli);
- comunicazioni mirate sugli obblighi di segnalazione delle operazioni sospette;
- specifici focus sui rischi connessi all'attuazione del PNRR, anche alla luce dei Quaderni UIF;
- il recepimento delle indicazioni ANAC, Banca d'Italia e IVASS in materia di garanzie finanziarie e polizze fideiussorie;
- il rafforzamento delle misure di tracciabilità finanziaria nei contratti pubblici e nei subappalti.

Tali attività hanno consentito di consolidare i presidi organizzativi e procedurali, innalzando il livello di consapevolezza delle strutture aziendali e predisponendo una base solida per le azioni di miglioramento programmate nel ciclo PIAO 2026.

Azioni di miglioramento e integrazione (2026)

Nel periodo di riferimento del PIAO 2026, l'Azienda prosegue nel rafforzamento del sistema antiriciclaggio attraverso:

- l'aggiornamento periodico delle direttive e delle istruzioni operative;
- l'integrazione dei controlli antiriciclaggio con i controlli amministrativo-contabili e di tracciabilità dei flussi finanziari;
- il rafforzamento dei controlli sulle coordinate bancarie dei fornitori e sulle anagrafiche;
- l'avvio e la messa a regime delle verifiche sulla titolarità effettiva e sulla corrispondenza dei dati dei legali rappresentanti, mediante consultazione delle banche dati ufficiali;
- la prosecuzione delle attività formative mirate per dirigenti e personale esposto ai rischi.

La prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo si integra in modo organico con il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, concorrendo alla creazione di valore pubblico e alla tutela complessiva dell'integrità dell'Azienda.

SCHEDA RISCHIO ANTIRICICLAGGIO

Elemento	Descrizione
Denominazione del rischio	Rischio di utilizzo dell’Azienda quale canale diretto o indiretto per operazioni di riciclaggio o finanziamento del terrorismo
Normativa di riferimento	D.lgs. 231/2007, art. 10; PNA ANAC 2022; Provvedimento UIF 23.04.2018
Ambiti interessati	Appalti e subappalti; pagamenti; contributi e sovvenzioni; procedimenti autorizzativi; fondi PNRR
Fattori di rischio	Elevato volume di risorse; pluralità di controparti; assetti societari complessi; anomalie IBAN; pressione temporale
Eventi di rischio	Infiltrazioni criminali; utilizzo di fondi illeciti; sviamento risorse pubbliche; danno reputazionale
Probabilità	Media
Impatto	Alto
Rischio inerente	Medio-Alto
Presidi esistenti	Gestore AML/RPCT; Commissione tecnica; procedure formalizzate; checklist; formazione
Rischio residuo	Medio
Misure di mitigazione 2026	Rafforzamento controlli IBAN; verifiche titolarità effettiva; integrazione controlli contabili; aggiornamento direttive
Responsabili	RPCT/Gestore AML; Direttori di Struttura; Servizio Economico-Finanziario
Indicatori di monitoraggio	Segnalazioni interne; comunicazioni UIF; esiti controlli IBAN; % personale formato
Collegamenti PIAO	Prevenzione corruzione; trasparenza; controlli interni; gestione rischio PNRR

La **Scheda Rischio Antiriciclaggio** rappresenta lo strumento di sintesi attraverso il quale l’Azienda formalizza, in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, la valutazione del rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo cui sono esposti i processi amministrativi e finanziari rilevanti ai sensi dell’articolo 10 del D.lgs. 231/2007.

La tabella consente di:

- identificare in modo strutturato l’ambito di applicazione della normativa antiriciclaggio;
- individuare i principali fattori ed eventi di rischio connessi alla gestione delle risorse pubbliche;

- valutare il livello di rischio inerente e residuo, anche in relazione ai presidi organizzativi e procedurali già attivi;
- definire le misure di mitigazione programmate per il ciclo di riferimento del PIAO;
- assicurare la tracciabilità delle responsabilità e il collegamento con gli altri sistemi di prevenzione (anticorruzione, trasparenza, controlli interni e gestione del rischio PNRR).

La scheda costituisce parte integrante del sistema di gestione del rischio dell’Azienda e si pone quale elemento di raccordo tra la dimensione programmatica del PIAO e l’operatività delle strutture aziendali, consentendo il monitoraggio periodico dell’efficacia delle misure adottate e l’aggiornamento delle valutazioni in funzione dell’evoluzione del contesto normativo, organizzativo e finanziario.

Ruolo del Gestore e attività di indirizzo svolte

Nel corso del 2025, il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette, coincidente con il RPCT, ha svolto un’attività sistematica di **indirizzo, coordinamento e supporto operativo** alle strutture aziendali, finalizzata a rendere effettivi e omogenei i presidi di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, in coerenza con l’evoluzione del quadro normativo e con gli orientamenti delle Autorità di settore.

In particolare, sono state emanate e trasmesse alle strutture aziendali **circolari, raccomandazioni operative, checklist e modelli**, aventi l’obiettivo di:

- rafforzare la capacità di intercettazione delle anomalie nei procedimenti amministrativi;
- supportare l’adempimento degli obblighi di collaborazione attiva previsti dall’articolo 10 del D.lgs. 231/2007;
- garantire un’applicazione uniforme delle misure di tracciabilità finanziaria e dei controlli sulle controparti.

Tra le principali iniziative di indirizzo si segnalano:

- la trasmissione della “Check list Antiriciclaggio”, quale strumento operativo di ausilio alle strutture, finalizzato alla standardizzazione delle verifiche e all’individuazione degli indicatori di anomalia;
- le comunicazioni in materia di segnalazioni di operazioni sospette da parte della Pubblica Amministrazione, con chiarimenti sulle modalità di rilevazione, valutazione e trasmissione delle informazioni al Gestore;
- specifici focus sui rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo connessi all’attuazione del PNRR, anche alla luce della pubblicazione del Quaderno UIF n. 21/2023, richiamando l’esigenza di un rafforzamento dei presidi preventivi sui flussi finanziari;
- la diffusione e il commento dei contenuti del nuovo Quaderno UIF “Il ruolo delle misure normative di prevenzione”, quale strumento di aggiornamento e allineamento del personale dirigente;
- il recepimento e la trasmissione della Comunicazione congiunta ANAC – Banca d’Italia – IVASS (luglio 2025) in materia di garanzie finanziarie e polizze fideiussorie, con richiamo agli obblighi di verifica in capo alle Pubbliche Amministrazioni, seguita da una comunicazione operativa del 18 luglio 2025;
- le indicazioni operative sugli obblighi di tracciabilità finanziaria nei contratti di appalto e subappalto, anche in relazione alle attività di vigilanza ANAC sugli interventi PNRR e PNC, corredate da:
 - Comunicato ANAC del 26 marzo 2025;
 - modelli di clausole di tracciabilità in versione estesa e semplificata;
 - schemi standardizzati per l’inserimento nei contratti;
- la partecipazione e la diffusione degli esiti dell’evento **“Ecosistema antiriciclaggio – focus europeo e nazionale” (Roma, 13 maggio 2025)**, quale momento di aggiornamento qualificato sul sistema di prevenzione.

L’insieme delle misure adottate ha consentito di **rafforzare il ruolo del Gestore quale funzione di governo del rischio antiriciclaggio**, assicurando un costante allineamento dell’azione amministrativa aziendale alle indicazioni

delle Autorità competenti e contribuendo all'integrazione tra prevenzione del riciclaggio, prevenzione della corruzione e trasparenza.

Le attività di indirizzo svolte dal Gestore nel 2025 sono sintetizzate nella tabella seguente

La seguente tabella sintetizza le principali attività di indirizzo, coordinamento e supporto operativo svolte dal Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette, coincidente con il RPCT, nel corso dell'anno 2025. Le azioni elencate evidenziano il contributo del Gestore al rafforzamento del sistema di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, attraverso l'emanazione di strumenti operativi, raccomandazioni e modelli applicativi finalizzati a rendere omogenei i comportamenti delle strutture aziendali e a migliorare la capacità di intercettazione delle anomalie nei processi amministrativi e finanziari.

Attività del Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette

(rendicontazione sintetica – anno 2025)

Attività del Gestore	Output prodotti	Impatto sul sistema di prevenzione
Predisposizione e trasmissione della Check list Antiriciclaggio	Checklist operativa per le strutture aziendali	Standardizzazione delle verifiche; maggiore capacità di individuazione degli indicatori di anomalia
Comunicazioni sugli obblighi di segnalazione delle operazioni sospette della PA	Circolari e note operative	Chiarezza procedurale; rafforzamento della collaborazione attiva ex art. 10 D.lgs. 231/2007
Focus sui rischi antiriciclaggio connessi al PNRR	Nota di indirizzo e richiamo Quaderno UIF n. 21/2023	Rafforzamento dei presidi sui flussi finanziari straordinari; prevenzione dello svilimento delle risorse
Diffusione del Quaderno UIF “Il ruolo delle misure normative di prevenzione”	Comunicazione di aggiornamento normativo	Allineamento delle strutture agli orientamenti UIF; aggiornamento continuo
Recepimento Comunicazione congiunta ANAC – Banca d’Italia – IVASS (luglio 2025)	Circolare interna su garanzie finanziarie e polizze fideiussorie	Rafforzamento dei controlli su garanzie e fideiussioni; riduzione del rischio di irregolarità
Comunicazione operativa del 18 luglio 2025	Istruzioni applicative per le strutture	Traduzione operativa delle indicazioni delle Autorità; uniformità dei comportamenti
Indicazioni sulla tracciabilità finanziaria nei contratti di appalto e subappalto	Linee operative, modelli di clausole, allegati ANAC	Rafforzamento della tracciabilità dei flussi; prevenzione di elusioni nei contratti PNRR/PNC
Predisposizione di clausole di tracciabilità (versione estesa e semplificata)	Modelli contrattuali standardizzati	Riduzione del rischio operativo; semplificazione e uniformità dei contratti

Attività del Gestore	Output prodotti	Impatto sul sistema di prevenzione
Diffusione esiti evento “ Ecosistema antiriciclaggio – focus europeo e nazionale ”	Nota informativa di aggiornamento	Aggiornamento strategico; allineamento alle best practice nazionali ed europee
Emanazione di misure specifiche antiriciclaggio	Raccomandazioni e disposizioni organizzative	Rafforzamento complessivo del sistema di prevenzione e dell'integrazione AML-anticorruzione

Continuità programmatica e sintesi dei contenuti

Le **considerazioni di contesto, gli approfondimenti normativi e la descrizione analitica delle procedure operative** in materia di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo sono già stati ampiamente sviluppati nel **PIAO 2025**, cui si rinvia per una trattazione di dettaglio.

Nel **PIAO 2026**, in un’ottica di **continuità programmatica** e di coerenza con la natura del Piano quale strumento di indirizzo strategico e organizzativo, l’Azienda riporta **esclusivamente gli elementi essenziali** del sistema antiriciclaggio, focalizzandosi:

- sull’assetto di governance e sulle responsabilità;
- sulla valutazione del rischio e sui presidi attivi;
- sulle attività svolte nel periodo precedente;
- sulle azioni di miglioramento programmate.

Restano ferme e integralmente valide le **linee di indirizzo, le procedure e le misure operative** già descritte nel **PIAO 2025**, che continuano a costituire parte integrante del sistema aziendale di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, fatti salvi eventuali aggiornamenti resi necessari da evoluzioni normative o organizzative.

Gli aspetti procedurali di dettaglio, i flussi operativi e gli strumenti di supporto sono disciplinati da atti interni attuativi, anche descritti nei precedenti PIAO e oggetto di costante aggiornamento da parte del Gestore.

LA TRASPARENZA NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO



Ospedale degli Incurabili - Dove la scienza ha incontrato l'arte

*Antica spezieria nel presepe dei pastori malati del Museo delle Arti Sanitarie.
"presepe unico al mondo" spaccato epidemiologico e sanitario della Napoli del XVIII secolo.*

PREMESSA

La presente sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) definisce gli indirizzi e le modalità attraverso cui l’Azienda assicura l’attuazione organica e coerente delle misure di trasparenza, in conformità alle disposizioni del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell’articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

La trasparenza costituisce un principio fondamentale dell’azione amministrativa e rappresenta, come affermato dalla Corte costituzionale (sentenza n. 20/2019), un presidio essenziale di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nonché uno strumento di promozione dell’integrità, della legalità e della fiducia dei cittadini nelle istituzioni pubbliche.

Nel quadro delineato dal PIAO, la trasparenza concorre alla creazione e alla tutela del valore pubblico, favorendo la conoscibilità dell’organizzazione, dei processi decisionali e delle attività svolte dall’Azienda, nonché la responsabilizzazione diffusa delle strutture e dei soggetti coinvolti. Essa si configura pertanto non solo come adempimento normativo, ma come **leva strategica di buona amministrazione e miglioramento continuo**.

Il perseguitamento di tali obiettivi si fonda sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, nonché sugli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) vigente. Gli obblighi di pubblicazione rappresentano strumenti essenziali di prevenzione della cattiva amministrazione, di tutela dei diritti civili e sociali e di attuazione del diritto a una amministrazione aperta e accessibile.

In coerenza con tali principi, l’Azienda promuove un approccio **partecipativo e diffuso** alla trasparenza, valorizzando il contributo delle strutture e del personale, nella consapevolezza che la qualità e l’affidabilità delle informazioni pubblicate rafforzano la credibilità istituzionale e rendono visibile il corretto agire amministrativo, come già evidenziato dalla circolare n. 2/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Indirizzi operativi (PIAO 2026)

Nel triennio di riferimento del PIAO 2026, le iniziative in materia di trasparenza sono orientate:

- al consolidamento degli adempimenti previsti dal D.lgs. n. 33/2013;
- al miglioramento della qualità, completezza e aggiornamento dei dati pubblicati;
- al potenziamento dell’informazione e, ove possibile, dell’automatizzazione dei flussi di pubblicazione;
- all’integrazione delle misure di trasparenza con il sistema di prevenzione della corruzione.

Particolare attenzione è dedicata al rafforzamento della sezione **“Amministrazione Trasparente”** del sito istituzionale, quale principale strumento di comunicazione verso l’esterno e di garanzia per i cittadini. I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione sono quelli previsti dalla normativa vigente e sono organizzati secondo la struttura stabilita dal D.lgs. n. 33/2013.

L’Azienda assicura il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni di cui all’articolo 6 del D.lgs. n. 33/2013 (integrità, aggiornamento, completezza, tempestività, comprensibilità, omogeneità, accessibilità, conformità agli originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità), favorendo l’utilizzo di formati strutturati e tabellari, ove possibile.

È garantita l’indicazione puntuale della data di aggiornamento dei contenuti, distinta dalla data di prima pubblicazione, nonché il rispetto dei termini di durata della pubblicazione previsti dall’articolo 8 del D.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa in materia di protezione dei dati personali. Durante il periodo di pubblicazione, la trasparenza è assicurata mediante l’esercizio degli strumenti di accesso civico.

In una logica di miglioramento continuo, l’Azienda può procedere alla pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori, ai sensi dell’articolo 7-bis, comma 3, del D.lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei principi di proporzionalità, pertinenza e tutela dei dati personali.

Il RPCT svolge un ruolo di coordinamento e controllo sull’assolvimento degli obblighi di trasparenza, assicurando supporto alle strutture aziendali, monitoraggio periodico degli adempimenti e integrazione delle misure di trasparenza con il sistema di prevenzione della corruzione e con gli strumenti di programmazione aziendale.

Aggiornamenti normativi e indirizzi ANAC

Nel corso del 2025, l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha ulteriormente rafforzato il quadro di indirizzo in materia di trasparenza, con particolare riferimento alla qualità, accessibilità e standardizzazione delle informazioni pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente”, anche in raccordo con l’attuazione del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Le indicazioni ANAC hanno posto l’attenzione, in particolare, su:

- qualità e aggiornamento dei dati;
- validazione preventiva delle informazioni;
- rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio;
- integrazione tra trasparenza, prevenzione della corruzione e digitalizzazione.

Nel PIAO 2026 l’Azienda recepisce tali orientamenti quale riferimento per il miglioramento continuo del sistema di trasparenza, programmando il progressivo adeguamento dei flussi di pubblicazione e delle modalità organizzative.

In tale contesto, il RPCT e il relativo staff assicurano il costante aggiornamento rispetto agli indirizzi dell’ANAC, anche mediante la partecipazione a iniziative istituzionali di confronto e formazione²³.

Anche nel **2026**, il RPCT e il relativo staff **hanno partecipato alla XI edizione della Giornata dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)**, organizzata da ANAC e svoltasi il **26 gennaio 2026**, dedicata alla nuova strategia di prevenzione della corruzione.

L’iniziativa – significativamente intitolata **“Pubbicare, proteggere, programmare”**, efficace sintesi della funzione di presidio svolta quotidianamente dal RPCT – ha rappresentato un qualificato momento di approfondimento sui principali indirizzi del sistema nazionale di prevenzione, con particolare attenzione:

- alla presentazione del **Piano Nazionale Anticorruzione 2025**, in fase avanzata di definizione;
- al tema delle **segnalazioni di illecito**;
- al rafforzamento del coinvolgimento, più responsabile e consapevole, degli organi di indirizzo politico-amministrativo e delle strutture apicali.

Nel corso dell’iniziativa è stato ulteriormente valorizzato il ruolo del RPCT quale **“custode delle regole”** e figura centrale di governance dell’integrità, nonché l’importanza del **PIAO** quale strumento di programmazione unitaria

²³ Il RPCT, il suo staff, i responsabili delle pubblicazioni e tutti gli addetti ai lavori interessati alla gestione di Amministrazione Trasparente hanno partecipato ai seguenti corsi Webinar:

- *il 18 marzo SU “TRASPARENZA AMMINISTRATIVA E NOVITÀ NORMATIVE”*
- *il 15 aprile 2025 SU “WHISTLEBLOWING DEL RISULTATO E RILEVANZA DEL TEMA”*
- *il 13 maggio 2025 su “DISMISSIONE PCP E GESTIONE MICRO-AFFIDAMENTI”*
- *Il 27 maggio 2025 su: “ATTESTAZIONI OIV 2025 FACCIAMO CHIAREZZA SU OBBLIGHI, SCADENZE E PUBBLICAZIONI”*
- *Il 26 giugno 2025, il 16 ottobre 2025, il 3 dicembre 2025 su: “AGGIORNAMENTO SUGLI SCHEMI DI PUBBLICAZIONE A SEGUITO DELLA DELIBERA ANAC N. 495 DEL 2024”.*

e integrata, chiamato a connettere obiettivi, misure, responsabilità e risultati secondo un disegno coerente, verificabile e orientato al valore pubblico.

La **trasparenza** è stata ribadita quale dimensione essenziale dell'azione amministrativa e presidio di affidabilità istituzionale, in quanto consente controllo diffuso, accountability e rafforzamento del rapporto fiduciario tra istituzioni e cittadini.

Particolare rilievo è stato attribuito all'impostazione della **formazione come leva di sistema**, intesa non come mera trasmissione di conoscenze, ma come sviluppo di competenze operative e comportamentali, capaci di incidere concretamente sull'organizzazione, sulla qualità dei processi e sull'effettività delle misure di prevenzione.

La partecipazione a iniziative promosse dall'ANAC, di elevato profilo istituzionale e autorevolezza, conferma l'attenzione costante dell'Azienda e del RPCT verso momenti qualificati di confronto e aggiornamento, considerati parte integrante del percorso di **formazione continua** del RPCT e delle strutture di supporto, **senza oneri aggiuntivi per l'Amministrazione**.

La partecipazione è stata assunta quale occasione di immediato recepimento degli indirizzi ANAC nel processo di aggiornamento del PIAO.

2. IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

La Direzione Generale dell'Azienda, con deliberazione n. 19 del 10 gennaio 2020, ha individuato e incaricato, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge n. 190/2012, la **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)**, nella persona della dott.ssa **Ester Napolitano**, Dirigente medico, che ricopre altresì l'incarico di **Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO)**, conferito con deliberazione n. 595 del 29 marzo 2018.

In conformità all'articolo 43 del D.lgs. n. 33/2013, il RPCT svolge anche le funzioni di **Responsabile della trasparenza**, assicurando il coordinamento e il presidio complessivo degli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

In particolare, il RPCT:

- verifica l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture competenti, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento dei contenuti;
- sovraintende, in raccordo con i dirigenti responsabili, alla corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- segnala alla Direzione Strategica e, ove necessario, all'Ufficio procedimenti disciplinari, i casi di mancato o parziale adempimento, in relazione alla gravità delle inadempienze riscontrate.

Il RPCT verifica altresì che ciascun Direttore o Responsabile di Struttura dia attuazione, per quanto di competenza, agli obblighi di trasparenza, secondo il principio della **responsabilità diffusa** e nel rispetto dell'assetto organizzativo aziendale.

3. AGGIORNAMENTO, PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE MISURE DI TRASPARENZA

(misure organizzative, flussi informativi e informatizzazione)

L'Azienda assicura la **programmazione, l'aggiornamento e il monitoraggio continuo** delle misure di trasparenza in coerenza con il decreto legislativo n. 33/2013 e con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, quale componente strutturale del sistema di prevenzione della corruzione e del PIAO.

Le misure di trasparenza sono finalizzate a garantire la conoscibilità dell'azione amministrativa, la tracciabilità dei processi decisionali e il controllo diffuso da parte dei cittadini e degli stakeholder, nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento.

A tal fine, l'Azienda ha definito presidi organizzativi volti a garantire la regolarità, la completezza e la tempestività dei flussi informativi, anche attraverso il progressivo rafforzamento dell'informatizzazione dei processi di pubblicazione. I flussi informativi sono strutturati in modo da assicurare:

- l'individuazione e/o l'elaborazione dei dati da parte delle strutture competenti;
- la trasmissione delle informazioni secondo modalità e tempistiche definite;
- la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", in conformità alla normativa vigente.

Strumento essenziale di coordinamento è l'**Elenco degli obblighi di pubblicazione e individuazione dei responsabili**, periodicamente aggiornato, che riepiloga gli obblighi normativi, le tempistiche di aggiornamento, le strutture responsabili della trasmissione dei dati e quelle competenti alla pubblicazione, costituendo il riferimento operativo per l'assolvimento coordinato degli adempimenti previsti dal D.lgs. n. 33/2013.

Nel quadro del PIAO 2026, il RPCT assicura:

- supporto continuativo e attività di consulenza alle strutture, anche ai fini dell'interpretazione della normativa e del recepimento degli aggiornamenti;
- monitoraggio periodico degli adempimenti, anche mediante comunicazioni e richiami alle strutture competenti;
- raccordo con i sistemi informativi aziendali, al fine di favorire la semplificazione e, ove possibile, l'automatizzazione dei flussi di pubblicazione.

L'Azienda garantisce altresì misure organizzative idonee ad assicurare l'esercizio dell'**accesso civico semplice e dell'accesso civico generalizzato**, nel rispetto dei limiti e delle esclusioni previsti dalla normativa, nonché della tutela dei dati personali. Sono inoltre individuati, in modo motivato e secondo il principio di pertinenza, i casi in cui taluni obblighi di pubblicazione non trovano applicazione in quanto non coerenti con le caratteristiche organizzative o funzionali dell'Azienda.

Le attività di programmazione e monitoraggio delle misure di trasparenza concorrono all'integrazione della trasparenza con il sistema di prevenzione della corruzione e con gli altri strumenti di programmazione aziendale, in un'ottica di miglioramento continuo e di creazione e tutela del Valore Pubblico.

4. RESPONSABILI DELL'ELABORAZIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti previsti dal D.lgs. n. 33/2013 costituisce un processo continuativo e strutturale, finalizzato a garantire la **completezza, tempestività e qualità** delle informazioni rese disponibili nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale.

I contenuti oggetto di pubblicazione sono individuati nell'**Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione**, allegato al PIAO, che indica per ciascuna categoria di dati:

- la struttura competente;
- il responsabile della pubblicazione;
- le tempistiche di aggiornamento.

La pubblicazione avviene nel rispetto dei principi di pertinenza, non eccedenza e proporzionalità, nonché della normativa in materia di protezione dei dati personali. A tal fine, l'Azienda assicura il coordinamento tra trasparenza e Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), anche con il supporto del RPD/DPO.

Ciascun Direttore o Dirigente della struttura competente, quale **responsabile della fonte del dato**, risponde:

- dell'individuazione ed elaborazione delle informazioni;
- della correttezza, completezza e aggiornamento dei contenuti;
- del rispetto delle tempistiche previste;
- della rimozione o sostituzione dei dati non più attuali.

L'aggiornamento della sezione *Amministrazione Trasparente* è assicurato sia secondo le scadenze ordinarie sia in caso di modifiche rilevanti o sopravvenienze normative.

Il sistema si fonda sul principio della **responsabilità diffusa**: eventuali inadempienze o ritardi non giustificati sono valutati ai fini delle responsabilità dirigenziali e della performance, secondo la normativa vigente.

Il RPCT assicura il coordinamento complessivo del sistema, fornendo supporto e indirizzo alle strutture competenti, anche in raccordo con l'Area Sistemi Informativi e con i soggetti incaricati della gestione tecnica del portale. L'Azienda garantisce inoltre adeguate misure di sicurezza e conservazione dei dati pubblicati, inclusi sistemi di back-up della sezione *Amministrazione Trasparente*.

L'Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione è oggetto di aggiornamento periodico in relazione all'evoluzione normativa, organizzativa e tecnologica.

APPROFONDIMENTI E ULTERIORI CHIARIMENTI:

Individuazione dei responsabili della produzione e pubblicazione dei dati

Ai fini dell'attuazione degli obblighi di trasparenza, l'Azienda individua in modo chiaro e univoco i **Dirigenti delle Strutture competenti (UOC/UOS)** quali responsabili della produzione, aggiornamento, trasmissione e pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti di rispettiva competenza, secondo quanto indicato nell'**Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione** allegato al PIAO.

I Dirigenti responsabili operano quali **fonti di produzione del dato** e garantiscono:

- la completezza, correttezza e veridicità delle informazioni trasmesse;
- il rispetto delle tempistiche di aggiornamento previste dalla normativa;
- il necessario coordinamento interno con la Direzione della macrostruttura di appartenenza, ove previsto.

La pubblicazione dei dati avviene nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale, secondo **formati aperti, standardizzati e accessibili**, nel rispetto dei criteri di qualità, riutilizzabilità e interoperabilità.

Nelle more della piena implementazione di soluzioni automatizzate, l'Azienda assicura il supporto tecnico attraverso i soggetti incaricati della gestione del portale.

Qualora i dati siano già disponibili in banche dati locali o nazionali accessibili alle strutture competenti, l'obbligo di pubblicazione si intende assolto mediante **immissione diretta o collegamento agli archivi informativi**, in conformità all'articolo 9-bis del D.lgs. n. 33/2013 e agli indirizzi in materia di semplificazione e digitalizzazione.

Il modello organizzativo adottato è finalizzato a garantire la **tracciabilità delle responsabilità**, la regolarità dei flussi informativi e l'integrazione tra trasparenza, digitalizzazione e prevenzione della corruzione, in coerenza con gli obiettivi del PIAO 2026.

5. OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

L'Azienda assicura l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., come modificato dal D.lgs. n. 97/2016, secondo quanto dettagliato nell'**Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione** allegato al PIAO, che costituisce il riferimento operativo per strutture e responsabili.

Sono oggetto di pubblicazione, nel rispetto della normativa vigente, i dati e le informazioni relativi all'organizzazione, alle funzioni, agli obiettivi, alla programmazione, agli atti economico-finanziari e agli ulteriori

contenuti previsti dalla disciplina in materia di trasparenza, inclusi quelli relativi a procedimenti concorsuali e di valutazione.

In una logica di **trasparenza sostanziale e controllo diffuso**, il RPCT può promuovere la pubblicazione di ulteriori dati e informazioni, nei limiti consentiti dall'ordinamento e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, qualora ciò risulti funzionale a rafforzare la conoscibilità dell'azione amministrativa e la fiducia dei cittadini.

Il sistema di responsabilità, flussi informativi e controlli in materia di trasparenza è sintetizzato nella **Tabella – Sistema di responsabilità, flussi informativi e controlli in materia di trasparenza (PIAO 2026)**, che costituisce riferimento organizzativo per l'attuazione coordinata degli obblighi di pubblicazione.

Il sistema di responsabilità, flussi informativi e controlli in materia di trasparenza è sintetizzato nella tabella che segue, che costituisce riferimento organizzativo per l'attuazione coordinata degli obblighi di pubblicazione.

Tabella – Sistema di responsabilità, flussi informativi e controlli in materia di trasparenza (PIAO 2026)

Ambito	Soggetto responsabile	Compiti principali	Flussi informativi	Controlli e monitoraggio
Produzione del dato	Direttori / Dirigenti delle UOC e UOS competenti	Individuazione, elaborazione e aggiornamento dei dati, documenti e informazioni di competenza	Produzione interna del dato secondo i processi organizzativi di riferimento	Responsabilità diretta su completezza, correttezza e aggiornamento
Trasmissione del dato	Direttori / Dirigenti delle strutture competenti	Trasmissione dei dati alla pubblicazione o immissione diretta in banche dati accessibili	Flussi verso la sezione <i>Amministrazione Trasparente</i> o verso archivi informativi locali/nazionali (art. 9-bis D.lgs. 33/2013)	Verifica del rispetto delle tempistiche e dei formati previsti
Pubblicazione	Strutture competenti individuate nell'Elenco ricognitivo degli obblighi	Pubblicazione dei contenuti nella sezione <i>Amministrazione Trasparente</i>	Utilizzo del portale istituzionale secondo standard di qualità e accessibilità	Controllo sulla corretta collocazione e visibilità dei dati
Aggiornamento	Direttori / Dirigenti responsabili del contenuto	Aggiornamento periodico e tempestivo dei dati, rimozione di contenuti superati	Aggiornamento continuo in caso di modifiche rilevanti o sopravvenienze	Monitoraggio della data di aggiornamento e della coerenza del contenuto
Coordinamento e indirizzo	RPCT	Coordinamento complessivo del sistema di trasparenza; supporto interpretativo alle strutture	Raccordo con strutture aziendali, Sistemi Informativi e RPD/DPO	Monitoraggio periodico degli adempimenti e segnalazione delle criticità
Controllo e vigilanza	RPCT	Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Richieste di integrazione, solleciti, segnalazioni	Segnalazione a Direzione Strategica e, ove necessario, UPD

Ambito	Soggetto responsabile	Compiti principali	Flussi informativi	Controlli e monitoraggio
Supporto tecnico	Area Sistemi Informativi / Gestore del portale	Supporto tecnico alla pubblicazione e alla gestione del sito	Gestione piattaforma e sicurezza dei dati	Controlli tecnici, backup e continuità del servizio
Tutela dati personali	RPD/DPO	Presidio del rispetto della normativa privacy	Pareri e indicazioni preventive	Verifica di conformità al GDPR

Trasparenza nell'uso delle Risorse pubbliche

L'Azienda assicura la trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche mediante la pubblicazione dei dati rilevati attraverso i sistemi informativi nazionali di riferimento, secondo quanto previsto dall'articolo 4-bis del D.lgs. n. 33/2013, nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale. Ulteriori elementi di contesto e di programmazione sono riportati nel PIAO 2026, in coerenza con gli obiettivi di responsabilità, accountability e creazione di valore pubblico.

Pubblicazione degli atti di bilancio

In attuazione dell'articolo 29 del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda garantisce la pubblicazione degli atti di bilancio nella sezione *Amministrazione Trasparente*, secondo le tempistiche e le modalità previste dalla normativa vigente. Al fine di favorire una trasparenza sostanziale, l'Azienda promuove la comprensibilità delle informazioni economico-finanziarie anche mediante rappresentazioni sintetiche e aggregate, ferma restando la pubblicazione integrale degli atti obbligatori.

Beni immobili e gestione del patrimonio

In conformità all'articolo 30 del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda assicura la trasparenza in materia di gestione del patrimonio, inclusi i beni immobili e il parco auto aziendale. Sono pubblicati, nella sezione *Amministrazione Trasparente*, i dati relativi:

- agli immobili posseduti o detenuti a qualsiasi titolo;
- ai canoni di locazione o affitto versati o percepiti;
- ai beni mobili registrati e al parco auto, secondo quanto previsto dalla normativa.

La trasparenza patrimoniale costituisce parte integrante del sistema di responsabilità e controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Controlli sull'organizzazione e sull'attività amministrativa

Ai sensi dell'articolo 31 del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda assicura la pubblicazione degli atti e dei documenti relativi agli esiti dei controlli sull'organizzazione e sull'attività amministrativa. Sono pubblicati, nei limiti di legge e nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali, gli esiti dei controlli effettuati dagli organismi competenti e i rilievi della Corte dei conti, indipendentemente dalla loro eventuale recezione da parte dell'Amministrazione.

Prestazioni offerte e servizi erogati

In attuazione dell'articolo 32 del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda garantisce la trasparenza sulle prestazioni offerte e sui servizi erogati, mediante la pubblicazione delle informazioni previste dalla normativa vigente. È resa disponibile la Carta dei Servizi, quale strumento di conoscibilità dei livelli di qualità, degli impegni verso

l'utenza e delle informazioni su costi e andamento delle prestazioni, nei limiti e secondo le modalità stabilite dalla legge.

Tempi di pagamento

In conformità alla normativa vigente, l'Azienda assicura la pubblicazione dei dati relativi alla tempestività dei pagamenti, riferiti a tutte le tipologie di contratti, incluse le prestazioni professionali. Sono pubblicati, con cadenza annuale, l'indicatore di tempestività dei pagamenti, l'ammontare complessivo dei debiti e il numero dei creditori, secondo le modalità previste dalla normativa.

Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

In attuazione dell'articolo 37 del D.lgs. n. 33/2013 e della disciplina di cui al D.lgs. n. 36/2023, l'Azienda assicura la trasparenza delle procedure di affidamento mediante la pubblicazione, nella sottosezione *Bandi di gara e contratti*, degli atti e delle informazioni soggetti a obbligo di pubblicazione. La pubblicazione può avvenire anche tramite collegamenti ipertestuali a banche dati esterne o ad altre sezioni del sito istituzionale, ai sensi dell'articolo 9 del D.lgs. n. 33/2013, restando fermo l'esercizio dell'accesso civico generalizzato nei limiti di cui agli articoli 5 e 5-bis del decreto.

Dati ulteriori

In coerenza con l'articolo 7-bis, comma 3, del D.lgs. n. 33/2013 e con l'articolo 1, comma 9, lettera f), della legge n. 190/2012, l'Azienda può disporre la pubblicazione, nella sezione *Amministrazione Trasparente* – sottosezione *Altri contenuti / Dati ulteriori*, di dati, informazioni e documenti non soggetti a specifici obblighi di pubblicazione.

La pubblicazione di dati ulteriori è effettuata previa valutazione di pertinenza, utilità e proporzionalità, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali e delle indicazioni fornite dall'ANAC, incluse le Linee guida e gli indirizzi di pianificazione nazionale.

Tale facoltà è esercitata quale strumento di rafforzamento della trasparenza sostanziale e della conoscibilità dell'azione amministrativa, ferma restando la responsabilità delle strutture competenti in ordine all'aggiornamento e alla qualità dei contenuti pubblicati nella sezione *Amministrazione Trasparente*.

6. La rete dei Referenti per la trasparenza²⁴

L'Azienda si avvale di una rete di Referenti per la trasparenza, quale presidio organizzativo di raccordo operativo tra il RPCT e le strutture aziendali, finalizzato ad assicurare l'effettiva e tempestiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

La rete dei Referenti opera a supporto dei Direttori e Responsabili delle Strutture, ai quali resta in capo la piena responsabilità della produzione, correttezza, completezza, aggiornamento e pubblicazione dei dati e delle informazioni, secondo quanto individuato nell'Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione allegato al PIAO.

I Referenti, individuati nell'ambito del personale delle strutture aziendali, collaborano con i Responsabili di riferimento assicurando:

- il corretto flusso informativo verso la sezione *Amministrazione Trasparente*;
- la qualità, chiarezza e tempestività delle informazioni pubblicate;
- il raccordo operativo con il RPCT per le attività di monitoraggio e aggiornamento.

In caso di mancata individuazione o comunicazione del Referente da parte della Struttura competente, le funzioni di raccordo operativo si intendono svolte direttamente dal Dirigente o Responsabile della Struttura medesima.

²⁴ L'elenco coi nominativi dei referenti individuati per ciascuna Struttura di afferenza è periodicamente aggiornato.

7. Trasparenza e contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.lgs. n. 36/2023

Il sistema degli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture è disciplinato dall'articolo 37 del D.lgs. n. 33/2013, come coordinato con le disposizioni del D.lgs. n. 36/2023, entrato pienamente a regime dal 1° luglio 2023.

Il nuovo Codice dei contratti pubblici ha ridefinito l'assetto degli adempimenti di pubblicazione, individuando nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), istituita presso l'ANAC, il perno del sistema di trasparenza dell'intero ciclo di vita dei contratti. Le stazioni appaltanti assicurano la tempestiva trasmissione dei dati e delle informazioni relative alla programmazione, all'affidamento e all'esecuzione dei contratti mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate.

Ai sensi dell'articolo 9-bis del D.lgs. n. 33/2013, gli obblighi di pubblicazione si intendono assolti mediante l'invio dei dati alla BDNCP, ferma restando la pubblicazione, nella sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale, degli atti, documenti, dati e informazioni non oggetto di trasmissione alla BDNCP, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dagli indirizzi dell'ANAC.

L'Azienda assicura il collegamento ipertestuale tra la sezione *Amministrazione Trasparente* e la BDNCP, garantendo un accesso diretto e immediato alle informazioni relative alle singole procedure contrattuali, in un'ottica di trasparenza integrata e continua.

Trasparenza dei contratti pubblici e integrazione con le banche dati nazionali

(art. 9-bis D.lgs. 33/2013 – periodo transitorio e regime ordinario)

In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 e con l'articolo 9-bis del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda assicura l'assolvimento degli obblighi di trasparenza anche mediante collegamento ipertestuale a banche dati nazionali certificate, evitando duplicazioni informative e garantendo unicità, affidabilità e aggiornamento dei dati.

Per i contratti pubblici, il sistema di trasparenza è fondato sull'assetto delineato dal D.lgs. n. 36/2023, che individua nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), istituita presso l'ANAC, il perno informativo dell'intero ciclo di vita dei contratti. In applicazione del principio dell'unicità dell'invio (only once), i dati trasmessi alla BDNCP costituiscono la fonte ufficiale ai fini della trasparenza.

Per gli interventi finanziati con risorse PNRR e PNC, resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF, che prevede la trasmissione dei dati al sistema informativo ReGiS, secondo le Linee guida e le Circolari vigenti.

L'Azienda assicura la trasparenza dei contratti pubblici tenendo conto della distinzione tra periodo transitorio e regime ordinario a regime, secondo quanto sintetizzato nella tabella che segue.

Tabella 1 – Trasparenza dei contratti pubblici: periodo transitorio e regime ordinario

Ambito / Tipologia	Periodo di applicazione	Sistema informativo	Modalità di assolvimento	Sezione sito
Contratti pubblici non PNRR	Regime ordinario (dal 1° gennaio 2024)	BDNCP – ANAC	Invio dati tramite piattaforme digitali e collegamento ipertestuale	Amministrazione Trasparente – Bandi di gara e contratti

Ambito / Tipologia	Periodo di applicazione	Sistema informativo	Modalità di assolvimento	Sezione sito
Contratti PNRR / PNC	Regime speciale	ReGiS – MEF	Trasmissione dati a ReGiS e collegamento ipertestuale	Amministrazione Trasparente – Bandi di gara e contratti
Atti non trasmessi a BDNCP	Regime ordinario	Sito istituzionale	Pubblicazione diretta secondo indicazioni ANAC	Amministrazione Trasparente
Dati di raccordo e consultazione	Tutti i regimi	Sito istituzionale	Collegamento a banche dati certificate	Amministrazione Trasparente

Integrazione con le banche dati nazionali ai fini della trasparenza

In applicazione dell'articolo 9-bis del D.lgs. n. 33/2013, l'Azienda utilizza, per specifiche categorie di dati e informazioni, le banche dati nazionali di riferimento, assicurando l'accessibilità delle informazioni mediante collegamento ipertestuale dalla sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

Ove necessario, in ragione delle differenze di contenuto o di livello di dettaglio informativo, può essere mantenuta anche la pubblicazione diretta sul sito istituzionale, al fine di garantire completezza e chiarezza nei confronti degli utenti.

Tabella 2 – Banche dati nazionali utilizzate ai fini della trasparenza

Banca dati	Ambito	Obblighi assolti	Modalità
PerlaPA	Consulenti collaboratori	Incarichi di collaborazione e consulenza	Pubblicazione diretta in AT e/o collegamento
PerlaPA	Personale	Incarichi conferiti e autorizzati	Pubblicazione diretta in AT e/o collegamento
BDAP	Opere pubbliche	Tempi e indicatori di realizzazione	Collegamento ipertestuale
ARAN	Personale	Contrattazione e costi	Collegamento ipertestuale
BDNCP – ANAC	Contratti pubblici	Programmazione, affidamento, esecuzione	Collegamento ipertestuale

Per i contratti pubblici, ai fini della trasparenza, fanno fede esclusivamente i dati trasmessi alla BDNCP, ferma restando la pubblicazione degli atti non oggetto di trasmissione secondo le indicazioni dell'ANAC.

8. USABILITA' E COMPRENSIBILITA' DEI DATI

L'Azienda attribuisce particolare rilievo alla **qualità, all'usabilità e alla comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate**, al fine di consentire ai cittadini e agli altri portatori di interesse un accesso agevole, consapevole e informato ai contenuti della sezione **Amministrazione Trasparente**.

Le Strutture aziendali competenti sono pertanto tenute a curare la pubblicazione dei dati e dei documenti nel rispetto dei criteri di qualità previsti dall'articolo 6 del **D.lgs. n. 33/2013** e degli indirizzi forniti dall'**ANAC**, assicurando che le informazioni risultino chiare, aggiornate e facilmente comprensibili anche da parte di utenti non specialisti.

Caratteristiche di qualità dei dati pubblicati

Caratteristica	Descrizione
Completezza	I dati e i documenti devono essere pubblicati integralmente, senza omissioni rilevanti rispetto a quanto previsto dalla normativa.
Aggiornamento	Le informazioni devono essere costantemente aggiornate, con indicazione chiara della data di pubblicazione e/o di ultimo aggiornamento.
Tempestività	La pubblicazione deve avvenire nei termini previsti dalla legge o, in assenza di termini espressi, senza ritardi ingiustificati.
Chiarezza	I contenuti devono essere redatti in modo comprensibile, evitando tecnicismi non necessari o, ove presenti, accompagnandoli da spiegazioni.
Comprensibilità	Le informazioni devono consentire agli utenti di comprendere il contenuto e il contesto dei dati pubblicati, anche attraverso sintesi, note esplicative o legende.
Accessibilità	I dati devono essere facilmente reperibili e consultabili, nel rispetto delle regole sull'accessibilità dei siti web della pubblica amministrazione.
Formato aperto	Ove possibile, i dati devono essere pubblicati in formato aperto e riutilizzabile, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
Omogeneità	Le modalità di pubblicazione devono essere coerenti nel tempo, favorendo confrontabilità e continuità informativa.
Conformità all'originale	I documenti pubblicati devono corrispondere agli atti originali, con indicazione della fonte e della struttura responsabile.
Tutela dei dati personali	La pubblicazione deve avvenire nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, evitando la diffusione di informazioni non pertinenti o eccedenti.

9. LA TRASPARENZA E LA TUTELA DEI DATI PERSONALI

La trasparenza dell'azione amministrativa e la tutela dei dati personali costituiscono **principi di pari rango**, entrambi funzionali alla realizzazione del buon andamento, dell'imparzialità e della fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni pubbliche. Il loro necessario bilanciamento rappresenta un presidio fondamentale dell'integrità amministrativa ed è riconosciuto tanto nell'ordinamento costituzionale quanto nel diritto dell'Unione europea.

Come affermato dalla Corte costituzionale (sentenza n. 20/2019), il diritto alla protezione dei dati personali, quale espressione della tutela della sfera privata, deve essere **contemporato** con i principi di pubblicità e trasparenza dell'azione amministrativa, che trovano fondamento negli articoli 1 e 97 della Costituzione e si traducono, sul piano soggettivo, nel diritto dei cittadini alla conoscibilità dell'attività delle pubbliche amministrazioni.

Il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) chiarisce, sin dal Considerando n. 4, che il diritto alla protezione dei dati personali **non ha carattere assoluto**, ma deve essere esercitato nel rispetto del principio di proporzionalità e in equilibrio con altri diritti fondamentali, tra cui quello alla trasparenza e alla conoscibilità dell'azione pubblica. In tale prospettiva, la pubblicazione di dati e documenti da parte delle amministrazioni è legittima solo se **necessaria, pertinente e proporzionata** rispetto alle finalità di interesse pubblico perseguitate.

Il quadro normativo nazionale, come consolidato dal D.lgs. n. 33/2013 e dal D.lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, conferma che il trattamento e la diffusione di dati personali da parte dei soggetti pubblici sono ammessi esclusivamente in presenza di una **specifica base giuridica**, costituita da una norma di legge o, nei casi previsti, di regolamento. Ne consegue che la pubblicazione per finalità di trasparenza può avvenire **solo in presenza di un obbligo normativo espresso** e nel rispetto dei limiti sostanziali stabiliti dall'ordinamento.

Anche laddove sussista un obbligo di pubblicazione, l'attività di diffusione dei dati deve avvenire nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del GDPR, con particolare riferimento alla **minimizzazione dei dati**, all'esattezza, all'aggiornamento, alla limitazione della conservazione, nonché all'integrità e alla riservatezza delle informazioni, secondo un approccio improntato alla **responsabilizzazione (accountability)** del titolare del trattamento.

In tale contesto, l'articolo 7-bis, comma 4, del D.lgs. n. 33/2013 impone alle amministrazioni di rendere **non intelligibili** i dati personali non pertinenti o, se riferiti a categorie particolari o a dati giudiziari, non indispensabili rispetto alle finalità di trasparenza. L'articolo 6 del medesimo decreto richiama inoltre l'esigenza di garantire la **qualità delle informazioni pubblicate**, in termini di esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza.

L'Azienda assicura il costante coordinamento tra le politiche di trasparenza e la disciplina in materia di protezione dei dati personali anche attraverso il ruolo del **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO)**, che opera in sinergia con il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, fornendo supporto, consulenza e attività di sorveglianza sul rispetto della normativa, ai sensi dell'articolo 39 del GDPR.

Resta in capo ai **Dirigenti e ai Responsabili delle Strutture** la responsabilità delle pubblicazioni afferenti ai procedimenti di competenza, inclusa la verifica preventiva della sussistenza dell'obbligo normativo di pubblicazione, nonché il rispetto dei principi di liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali. In tale ambito, il criterio valutativo di riferimento è rappresentato dal **principio di sufficienza informativa**, che impone di assicurare la piena conoscibilità dell'azione amministrativa senza eccedere rispetto alle finalità di trasparenza perseguitate.

Ove necessario, le Strutture competenti adottano misure quali **l'anonymizzazione, la pseudonimizzazione o l'oscuramento selettivo** dei dati personali, nonché promuovono la standardizzazione dei documenti destinati alla pubblicazione, al fine di garantire un equilibrio strutturale, sostenibile e verificabile tra trasparenza amministrativa e tutela dei diritti fondamentali delle persone interessate.

10. MONITORAGGIO E VIGILANZA VOLTI AD ASSICURARE IL CORRETTO ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ E TRASPARENZA

L'attuazione delle misure di trasparenza è assicurata mediante un'attività di **monitoraggio sistematico e periodico**, finalizzata a verificare il corretto, completo e tempestivo assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ai sensi dell'articolo 43 del D.lgs. n. 33/2013.

Il sistema di monitoraggio è articolato su **due livelli complementari** – interno ed esterno – ed è orientato a garantire qualità delle informazioni, responsabilizzazione delle strutture e miglioramento continuo del sistema di trasparenza aziendale.

Monitoraggio interno

Il monitoraggio interno è svolto sotto la supervisione del RPCT, con il supporto della **Rete dei Referenti per la trasparenza**, e si fonda sul principio della responsabilità diffusa delle strutture competenti.

In particolare, l'attività di verifica si esplica attraverso:

- richieste formali ai Dirigenti e Responsabili delle Strutture sullo stato delle pubblicazioni, sugli aggiornamenti effettuati e sulle eventuali criticità riscontrate;
- sollecitazioni mirate per l'integrazione, l'aggiornamento o la regolarizzazione di pubblicazioni mancanti o non conformi;
- richieste specifiche connesse a istanze esterne (accesso civico semplice o generalizzato, richieste di ANAC, Prefettura o altri organi di controllo), nonché a sopravvenuti aggiornamenti normativi.

Il monitoraggio ha **cadenza annuale** e confluiscce in un **report sullo stato di attuazione delle misure di trasparenza**, trasmesso all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale strumento di supporto alla governance interna.

Resta ferma la **responsabilità diretta dei Dirigenti e Responsabili delle Strutture** in ordine alla correttezza, completezza e tempestività delle pubblicazioni afferenti ai procedimenti di competenza.

Controllo esterno – ruolo dell'OIV

Il controllo esterno sul corretto assolvimento degli obblighi di trasparenza è assicurato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), cui compete l'attività di verifica e attestazione annuale prevista dalla normativa vigente.

Le attestazioni dell'OIV:

- sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale;
- sono trasmesse alla Direzione Strategica;
- sono comunicate all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) secondo le modalità informatiche previste.

Responsabilità e conseguenze

Le eventuali inadempienze in materia di trasparenza sono soggette al **regime sanzionatorio** previsto dagli articoli 46 e 47 del D.lgs. n. 33/2013 e rilevano, altresì, ai fini della **valutazione della performance** e delle ulteriori responsabilità previste dall'ordinamento.

11. GLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO

Trasparenza, controllo sociale e prevenzione della corruzione

La trasparenza e l'accesso civico costituiscono strumenti essenziali per garantire la conoscibilità dell'azione amministrativa, la tutela dei diritti dei cittadini e la partecipazione informata, consentendo forme diffuse di controllo sull'esercizio delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, in attuazione del D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016.

L'accessibilità ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni rappresenta un **livello essenziale delle prestazioni** ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione ed è funzionale alla realizzazione di un'amministrazione aperta, responsabile e orientata al servizio del cittadino.

La trasparenza non si esaurisce in un adempimento formale, ma si configura come **leva organizzativa e presidio di prevenzione della corruzione**, idoneo a rafforzare l'integrità, la legalità e la fiducia nei confronti dell'azione amministrativa. In tale prospettiva, la pubblicazione sistematica di dati, informazioni e documenti consente

l'esercizio di un **controllo sociale diffuso**, particolarmente rilevante nei settori a maggiore esposizione al rischio corruttivo.

Accanto alla trasparenza "proattiva", l'Azienda assicura l'effettività del diritto di accesso civico, sia nella forma semplice sia nella forma generalizzata, quale ulteriore strumento di garanzia, in coerenza con i principi di imparzialità, buon andamento e partecipazione democratica di cui agli articoli 1 e 97 della Costituzione.

La sezione *Amministrazione Trasparente* del sito istituzionale costituisce il principale canale di attuazione delle politiche di trasparenza e accessibilità, assicurando la pubblicazione delle informazioni previste dalla normativa vigente e l'indicazione chiara dei riferimenti organizzativi e dei canali di contatto utili all'esercizio dei diritti di accesso.

Nel triennio 2026–2028, la trasparenza e l'accesso civico continuano a rivestire un ruolo centrale nel sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda, con particolare attenzione ai contratti pubblici, alla gestione delle risorse finanziarie e ai procedimenti ad impatto esterno, in coerenza con gli obiettivi di integrità, accountability e creazione di valore pubblico perseguiti attraverso il PIAO.

Accesso ai dati e ai documenti amministrativi

L'Azienda garantisce l'esercizio dei diritti di accesso ai dati e ai documenti amministrativi secondo le modalità e nei limiti previsti dall'ordinamento, assicurando un equilibrio tra esigenze di trasparenza, tutela dei diritti dei cittadini e protezione degli interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

Sono riconosciute e disciplinate le seguenti forme di accesso:

1) Accesso documentale

Ai sensi degli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241/1990, consente ai soggetti titolari di un interesse diretto, concreto e attuale di prendere visione o estrarre copia di documenti amministrativi relativi a uno specifico procedimento.

Tale forma di accesso è funzionale all'esercizio di posizioni giuridicamente tutelate e **non è utilizzabile per finalità di controllo generalizzato**.

2) Accesso civico semplice

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del D.lgs. n. 33/2013, chiunque può richiedere la pubblicazione di dati, documenti o informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione nei casi di omissione, anche parziale. Costituisce strumento di garanzia del corretto adempimento degli obblighi di trasparenza.

3) Accesso civico generalizzato (FOIA)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del D.lgs. n. 33/2013, consente l'accesso a dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti di cui all'articolo 5-bis. È finalizzato a favorire forme diffuse di controllo sull'esercizio delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Le richieste di accesso sono valutate caso per caso, tenendo conto delle eccezioni assolute e relative previste dalla normativa, a tutela, tra l'altro, della sicurezza pubblica, del segreto d'ufficio e professionale, degli interessi economici e commerciali e della protezione dei dati personali, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679. L'accesso può essere negato, differito o consentito in forma parziale mediante oscuramento dei dati non ostensibili.

Presìdi organizzativi e ruolo del RPCT

L’Azienda ha adottato un Regolamento interno in materia di accesso ai documenti amministrativi (deliberazione n. 1131 del 28 ottobre 2020), nonché specifiche linee guida operative in materia di accesso civico semplice e generalizzato, in coerenza con gli orientamenti ANAC, la giurisprudenza amministrativa e le pronunce della Commissione per l’accesso.

In conformità alle Linee guida ANAC (delibera n. 1309/2016), il RPCT cura la pubblicazione e l’aggiornamento del **Registro degli accessi**, quale strumento di trasparenza, monitoraggio e accountability, riportante l’elenco delle richieste presentate, l’oggetto, l’esito e la data della decisione.

Tabella riepilogativa – Tipologie di accesso, responsabilità e ruolo del RPCT

Tipologia di accesso	Normativa	Chi può richiederlo	Oggetto	Struttura competente (istruttoria)	Decisione finale	Ruolo del RPCT
Accesso documentale	Artt. 22-28 L. 241/1990	Soggetti con interesse diretto, concreto e attuale	Documenti relativi a uno specifico procedimento	Struttura che detiene il documento	Dirigente responsabile del procedimento	Nessun ruolo istruttorio ordinario. Supporto interpretativo su richiesta. Interviene solo in caso di criticità o contenzioso
Accesso civico semplice	Art. 5, c. 1 D.lgs. 33/2013	Chiunque	Dati/documenti soggetti a obbligo di pubblicazione	Struttura competente per il dato	Dirigente responsabile della pubblicazione	Ruolo diretto: coordina, sollecita e verifica l’adempimento dell’obbligo di pubblicazione
Accesso civico generalizzato (FOIA)	Art. 5, c. 2 D.lgs. 33/2013	Chiunque	Dati e documenti ulteriori rispetto a quelli pubblicati	Struttura detentrice dei dati	Dirigente responsabile della struttura	Ruolo di garanzia e riesame: decide sull’istanza di riesame ex art. 5, c. 7; coordina l’applicazione uniforme dei limiti

Come descrive dettagliatamente la tabella, la gestione delle istanze di accesso ai dati e ai documenti amministrativi è organizzata secondo il principio di responsabilizzazione delle strutture detentrici delle informazioni, in coerenza con il D.lgs. n. 33/2013, la Legge n. 241/1990 e le Linee guida ANAC. Il RPCT non svolge funzioni istruttorie ordinarie sulle istanze di accesso, che restano in capo alle Strutture competenti e ai Dirigenti responsabili dei procedimenti e dei dati richiesti. Il ruolo del RPCT si configura quale funzione di garanzia, indirizzo, coordinamento e riesame, assicurando l’applicazione uniforme della disciplina, il corretto bilanciamento tra trasparenza e tutela degli interessi giuridicamente rilevanti e l’allineamento agli indirizzi dell’ANAC. L’eventuale trasmissione delle istanze di accesso al RPCT in fase iniziale **non comporta alcuna modifica dell’assetto delle responsabilità**, che rimangono in capo alle Strutture detentrici dei dati e dei documenti.

Promozione dell’istituto dell’accesso civico generalizzato ed adempimenti conseguenti al recepimento del Regolamento UE 679/2016

L’accesso ai dati e ai documenti amministrativi, nelle diverse forme previste dall’ordinamento, costituisce principio generale dell’azione amministrativa e diretta attuazione dei principi costituzionali di buon andamento, imparzialità e trasparenza di cui all’articolo 97 della Costituzione.

L’Azienda promuove l’esercizio consapevole e ordinato dei diritti di accesso, con particolare riferimento all’accesso civico generalizzato, quale strumento di partecipazione, controllo diffuso e garanzia dei diritti dei cittadini.

A tal fine, per il tramite dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), sono resi disponibili sul sito istituzionale, nella sezione Amministrazione Trasparente e sulla rete intranet aziendale, moduli standardizzati per la presentazione delle istanze, differenziati in base alla tipologia di accesso esercitato.

L’Azienda ha adottato e mantiene aggiornato il Registro degli accessi, contenente informazioni in forma non nominativa relative alle richieste pervenute e ai relativi esiti, quale strumento di monitoraggio, trasparenza e uniformità applicativa, in conformità alle Linee guida ANAC.

Nella gestione delle istanze di accesso è assicurato il pieno rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679. La base giuridica del trattamento dei dati personali connessi ai procedimenti di accesso è individuata:

- nell’esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all’esercizio di pubblici poteri;
- nell’adempimento di obblighi di legge;
- nel perseguitamento delle finalità istituzionali dell’Azienda.

Particolare attenzione è riservata al bilanciamento tra diritto di accesso e tutela dei dati personali, anche attraverso l’adozione di misure di anonimizzazione, oscuramento o accesso parziale, ove necessario.

Con specifico riferimento ai contratti pubblici, si richiama l’orientamento consolidato della giurisprudenza amministrativa, che ha riconosciuto l’applicabilità dell’accesso civico generalizzato anche agli atti delle procedure di gara e alla fase esecutiva del contratto (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10/2020). In tale ambito, l’Autorità Nazionale Anticorruzione, con deliberazione n. 264/2023, ha fornito indicazioni operative sulle modalità di esercizio del diritto di accesso civico, tenuto conto del nuovo regime di pubblicazione e digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, come rappresentato nella tabella di seguito riportata.

Tabella – Accesso civico, contratti pubblici e BDNCP

Ambito	Oggetto	Modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza	Accesso civico generalizzato (FOIA)	Struttura competente	Ruolo del RPCT
Programmazione lavori, servizi e forniture	Programmi triennali ed elenchi annuali	Trasmissione alla BDNCP tramite piattaforme digitali; collegamento ipertestuale in <i>Amministrazione Trasparente</i>	Ammesso nei limiti di legge; prevale la consultazione tramite BDNCP	Struttura competente per la programmazione	Indirizzo e coordinamento
Procedure di gara	Atti del ciclo di vita della procedura (avvio, affidamento)	Invio dei dati alla BDNCP; assolvimento obblighi ex art. 37 D.lgs. 33/2013 tramite art. 9-bis	Ammesso, nel rispetto delle esclusioni ex art. 5-bis D.lgs. 33/2013	Struttura appaltante / Provveditorato	Garanzia dell’uniformità applicativa
Atti non trasmessi alla BDNCP	Documenti esclusi dall’invio (Allegato 1 delib. ANAC 264/2023)	Pubblicazione diretta in <i>Amministrazione Trasparente</i>	FOIA esercitabile secondo regime ordinario	Struttura detentrice del documento	Vigilanza

Ambito	Oggetto	Modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza	Accesso civico generalizzato (FOIA)	Struttura competente	Ruolo del RPCT
Fase esecutiva del contratto	Atti di esecuzione, SAL, varianti, proroghe	Trasmissione alla BDNCP ove previsto; link da <i>Amministrazione Trasparente</i>	Ammesso (Ad. Plen. Cons. Stato n. 10/2020), con bilanciamento interessi	RUP / Struttura competente	Riesame in caso di diniego
Contratti PNRR / PNC	Dati e informazioni speciali	Trasmissione a ReGiS + BDNCP secondo disciplina MEF; link in AT	Ammesso nei limiti della disciplina speciale	Struttura PNRR / Stazione appaltante	Coordinamento con RPCT
Dati pubblicati in BDNCP	Dati ufficiali di gara	Consultazione tramite link ipertestuale	L'accesso è soddisfatto mediante consultazione BDNCP	—	Chiarimento interpretativo
Atti sottratti a pubblicazione	Dati riservati o secretati	Non pubblicabili	FOIA escluso o parzialmente limitato	Struttura competente	Supporto nel bilanciamento

Nota di sistema

In coerenza con il principio dell'unicità dell'invio (only once) e con l'articolo 9-bis del D.lgs. n. 33/2013, gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici si intendono assolti mediante la trasmissione dei dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e la pubblicazione, nella sezione *Amministrazione Trasparente*, del collegamento ipertestuale ai dati ivi contenuti.

L'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato resta comunque garantito, nei limiti previsti dalla normativa vigente, ferma restando la competenza delle Strutture detentrici dei dati e il ruolo del RPCT quale funzione di garanzia, coordinamento e riesame.

Le modalità operative di attuazione delle disposizioni di cui alla presente sezione saranno ulteriormente specificate, in fase attuativa, mediante note di indirizzo interne rivolte ai RUP e alle Strutture competenti, adottate successivamente all'approvazione del PIAO, al fine di garantire uniformità applicativa, chiarezza dei ruoli e corretta gestione delle istanze di accesso.

REGISTRO DEGLI ACCESSI E PROMOZIONE DELLA CONOSCIBILITÀ DEI DIRITTI DI ACCESSO

L'Azienda assicura la piena conoscibilità delle modalità di esercizio dei diritti di accesso attraverso l'aggiornamento costante della sezione *Amministrazione Trasparente* – sotto-sezione *Altri contenuti* – *Accesso civico*, nella quale sono pubblicati i riferimenti normativi, le indicazioni operative e la modulistica dedicata.

Nella medesima sezione è reso consultabile il **Registro degli accessi**, comprensivo delle tre tipologie di accesso previste dall'ordinamento (accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato), in conformità agli indirizzi ANAC e alle indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il Registro degli accessi costituisce uno strumento essenziale di trasparenza e monitoraggio, in quanto consente:

- la semplificazione e l'armonizzazione della gestione delle richieste;
- l'uniformità delle decisioni su istanze analoghe;
- la conoscibilità, in forma aggregata, degli esiti delle richieste;
- il monitoraggio dell'andamento complessivo delle istanze di accesso.

La pubblicazione periodica del Registro è curata dall’Ufficio Relazioni con il Pubblico, in raccordo con il RPCT, e rappresenta un elemento informativo utile anche ai fini della valutazione dell’efficacia delle misure di trasparenza adottate. Nel corso dell’ultimo esercizio monitorato, le istanze di accesso civico generalizzato presentate all’Azienda sono state oggetto di puntuale istruttoria e riscontro nei termini di legge, confermando la funzionalità del sistema organizzativo adottato.

Il flusso informativo derivante dalle istanze di accesso civico generalizzato e dalle altre tipologie di accesso costituisce un elemento rilevante ai fini della valutazione dell’efficacia delle misure di trasparenza adottate dall’Azienda, nonché un indicatore utile per intercettare aree di interesse, criticità organizzative e fabbisogni informativi esterni.

Con riferimento ai dati aziendali relativi all’anno 2025, nel corso dell’esercizio sono pervenute complessivamente:

- **n. 23 istanze di accesso civico generalizzato;**
- **n. 4 istanze formalmente qualificate come accesso civico semplice.**

Di queste ultime, n. 1 istanza è risultata di competenza della Regione Campania, mentre le restanti n. 3, a seguito di istruttoria, non sono state ricondotte alla fattispecie dell’accesso civico semplice, risultando riconducibili ad altre tipologie di richiesta.

Tutte le istanze correttamente incardinate sono state regolarmente istruite e definite nei termini di legge, con riscontro mediante trasmissione dei dati e dei documenti richiesti, nei limiti e secondo le modalità previste dalla normativa vigente, nel rispetto delle eccezioni e dei bilanciamenti previsti a tutela degli interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

IN SINTESI:

Una misura organizzativa centrale in materia di trasparenza e accesso è rappresentata dal Regolamento per la trattazione dell’accesso civico generalizzato, allegato al PIAO 2025-2027, che disciplina in modo unitario e sistematico le diverse forme di accesso (documentale, civico semplice e civico generalizzato), assicurando uniformità applicativa, certezza procedurale e coerenza con gli indirizzi normativi e dell’ANAC.

Ulteriore presidio organizzativo fondamentale è costituito dal Registro generale degli accessi quale strumento di monitoraggio delle istanze di accesso e di supporto alle attività di vigilanza e indirizzo svolte dall’ANAC.

Tutte le Strutture aziendali sono tenute ad assicurare la corretta alimentazione del Registro, secondo la procedura adottata dall’Azienda, qualora ricevano direttamente istanze di accesso documentale ai sensi della Legge n. 241/1990, di accesso civico semplice o di accesso civico generalizzato.

Il Registro degli accessi è pubblicato nella sezione *Amministrazione Trasparente – Altri contenuti / Accesso civico*, ed è funzionale alla trasparenza dell’azione amministrativa, alla tracciabilità dei procedimenti e all’armonizzazione delle decisioni.

Nel quadro degli obiettivi di miglioramento continuo del sistema di trasparenza, l’Azienda prevede per il 2026 il progressivo rafforzamento dell’informazionizzazione del processo di gestione del Registro generale degli accessi, mediante lo sviluppo di funzionalità digitali dedicate, volte a garantire:

- la tracciabilità integrale delle istanze;
- la chiarezza nella ripartizione delle responsabilità istruttorie;
- l’allineamento tra fasi di ricezione, istruttoria, risposta e pubblicazione;
- la qualità e l’omogeneità dei dati resi pubblici.

Tale evoluzione si inserisce nella strategia complessiva di semplificazione, standardizzazione e digitalizzazione dei processi, in coerenza con gli indirizzi ANAC e con gli obiettivi del PIAO 2026 in materia di trasparenza, integrità e creazione di valore pubblico.

APPROFONDIMENTI E ULTERIORI CHIARIMENTI

Accesso civico semplice – modalità di presentazione e gestione

L’istanza di accesso civico semplice, ai sensi dell’articolo 5, comma 1, del D. lgs. n. 33/2013, è presentata secondo le modalità indicate nel **Regolamento aziendale in materia di accesso** e nella **modulistica pubblicata sul sito istituzionale**, nella sezione *Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico*. La gestione dell’istanza

avviene nel rispetto dei principi di tempestività, tracciabilità e responsabilizzazione delle Strutture competenti. Ricevuta l'istanza, il RPCT provvede a trasmetterla senza indugio alla Struttura detentrice del dato o del documento oggetto di richiesta, dandone comunicazione al richiedente.

La Struttura competente, per il tramite del Dirigente responsabile:

- verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione;
- procede, ove necessario, alla pubblicazione o all'aggiornamento del dato, del documento o dell'informazione nella sezione *Amministrazione Trasparente*;
- comunica l'avvenuta pubblicazione al RPCT, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Il RPCT cura la comunicazione dell'esito al richiedente, anche mediante indicazione del link alla pubblicazione effettuata ovvero, qualora il contenuto risulti già pubblicato, mediante rinvio alla sezione del sito istituzionale in cui è reperibile.

Qualora l'istanza riguardi dati o informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione, l'accesso è valutato secondo la disciplina vigente e nei limiti previsti dall'articolo 5-bis del D. lgs. n. 33/2013. Il procedimento di accesso civico semplice si conclude entro il termine di **30 giorni** dalla ricezione dell'istanza, secondo quanto previsto dalla normativa.

Segnalazioni e responsabilità

In caso di mancato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, il RPCT procede alle segnalazioni previste dall'articolo 43 del D. lgs. n. 33/2013 alla Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione, ai fini dell'attivazione delle eventuali responsabilità.

Azioni di miglioramento e monitoraggio

Nel corso del 2026, il RPCT assicura il monitoraggio dell'andamento delle istanze di accesso e della tempestività dei riscontri forniti dalle Strutture aziendali, in coerenza con quanto previsto dal Regolamento interno. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico cura l'aggiornamento e la pubblicazione periodica del **Registro degli accessi**, quale strumento di trasparenza, tracciabilità e supporto alle attività di valutazione e vigilanza.

12. LA COMUNICAZIONE PUBBLICA

La comunicazione pubblica costituisce una leva strategica a supporto della trasparenza, dell'integrità dell'azione amministrativa e della costruzione di un rapporto di fiducia tra l'Azienda, i cittadini e gli stakeholder istituzionali. Essa concorre a garantire la corretta rappresentazione dell'attività amministrativa, la diffusione delle informazioni di interesse pubblico e la valorizzazione dei risultati conseguiti.

Ciascun Dirigente e Responsabile di Struttura, nell'ambito delle proprie competenze, è tenuto a collaborare con l'Ufficio Stampa dell'Azienda, segnalando tempestivamente:

- notizie o comunicazioni diffuse dai media che risultino inesatte, incomplete o potenzialmente lesive dell'immagine istituzionale, al fine di consentire una valutazione e, ove opportuno, una risposta informativa adeguata;
- informazioni relative a buone pratiche, risultati positivi, iniziative e attività di rilievo, suscettibili di valorizzazione sul sito istituzionale e sugli altri canali di comunicazione dell'Azienda.

In tale contesto, l'Ufficio Stampa rappresenta la struttura deputata, ai sensi della normativa vigente, alla gestione dei rapporti con i media e alla veicolazione delle informazioni verso l'esterno, operando in costante raccordo con le strutture aziendali e con la Direzione Strategica, in particolare nelle situazioni caratterizzate da maggiore complessità o criticità.

Al fine di rafforzare l'efficacia, la coerenza e la sistematicità della comunicazione istituzionale, l'Azienda individua quale **obiettivo organizzativo di sviluppo** l'adozione di un **PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE**, quale

strumento di indirizzo volto a definire strategie, contenuti, strumenti e modalità di comunicazione, in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziaria e con il PIAO.

Il Piano di Comunicazione costituirà il quadro di riferimento per:

- migliorare la qualità e la chiarezza delle informazioni diffuse;
- favorire modalità strutturate di interazione e partecipazione;
- rafforzare la percezione di trasparenza, efficienza e affidabilità dell'Amministrazione;
- supportare il monitoraggio del livello di soddisfazione degli utenti e degli stakeholder.

L'attuazione delle linee di indirizzo in materia di comunicazione pubblica sarà oggetto di coordinamento e verifica periodica, anche attraverso momenti di confronto trasversale tra le strutture interessate, in un'ottica di integrazione con le politiche di trasparenza, anticorruzione e creazione di valore pubblico.

Il Piano di Comunicazione non costituisce un adempimento obbligatorio, ma rappresenterebbe una buona pratica organizzativa fortemente raccomandata, in quanto strumento coerente con i principi di trasparenza, accountability e qualità dell'azione amministrativa, nonché funzionale al rafforzamento del rapporto fiduciario tra l'Amministrazione e i cittadini e alla valorizzazione dell'operato istituzionale.

13. IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRIVACY ALL'INTERNO DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

L'ASL Napoli 1 Centro, in qualità di Titolare del trattamento, tratta dati personali, comprese categorie particolari di dati e dati relativi alla salute, nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali e nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali degli interessati, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale di riferimento. Il trattamento dei dati personali è fondato su una base giuridica idonea ed è svolto secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità, riservatezza e responsabilizzazione, garantendo la conformità alle finalità istituzionali perseguiti dall'Azienda.

In particolare, per le attività svolte dai soggetti pubblici, il trattamento dei dati:

- è effettuato sulla base di disposizioni normative o regolamentari;
- è strettamente connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali;
- è preceduto da idonea informativa agli interessati, ove prevista;
- avviene, nei casi stabiliti dalla legge, previo consenso;
- è svolto esclusivamente da soggetti autorizzati e formalmente designati;
- è supportato da misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza proporzionato ai rischi.

L'Azienda ha adottato un modello organizzativo e gestionale integrato per la protezione dei dati personali, calibrato sulla complessità delle attività sanitarie, amministrative e di supporto, nonché sull'evoluzione normativa e tecnologica, con l'obiettivo di:

- assicurare un utilizzo corretto e conforme dei dati personali;
- garantire la chiara individuazione di ruoli e responsabilità;
- tutelare i diritti degli interessati;
- prevenire violazioni e ridurre il rischio sanzionatorio;
- assicurare la tracciabilità dei processi e la dimostrabilità della conformità (accountability), anche in relazione agli obblighi di trasparenza e accesso.

In coerenza con il GDPR e con il D.lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, il sistema privacy aziendale si fonda sui seguenti strumenti operativi strutturali:

- il Registro delle attività di trattamento, quale strumento centrale di mappatura dei trattamenti e delle misure di sicurezza;
- la designazione formale dei Responsabili del trattamento, dei soggetti autorizzati e degli Amministratori di sistema;
- la nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO);
- programmi di formazione e aggiornamento del personale, anche mediante modalità FAD;
- informative privacy uniche e modulistica standardizzata;
- procedure per la gestione delle richieste di esercizio dei diritti degli interessati;
- un piano di audit privacy finalizzato alla verifica periodica della conformità del sistema.

Il sistema di gestione della privacy è parte integrante della governance complessiva dell’Azienda e si coordina con le politiche di trasparenza, prevenzione della corruzione, digitalizzazione e sicurezza delle informazioni, contribuendo alla tutela dell’integrità dell’azione amministrativa e alla creazione di valore pubblico.

Raccordo tra prevenzione della corruzione, trasparenza e protezione dei dati personali

Nell’assetto organizzativo dell’ASL Napoli 1 Centro, le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e di Responsabile della protezione dei dati personali (RPD/DPO) sono esercitate in modo coordinato, al fine di garantire un approccio integrato e coerente nella gestione dei processi amministrativi.

Tale raccordo funzionale consente di assicurare il corretto bilanciamento tra obblighi di trasparenza e tutela dei dati personali, di presidiare i profili di rischio connessi alla pubblicazione e all’accessibilità dei dati e di favorire l’adozione di soluzioni organizzative uniformi, orientate alla legalità, alla protezione dei diritti degli interessati e alla qualità dell’azione amministrativa.

Micro-tabella – “Privacy governance”

Ambito	Presidio organizzativo	Funzione principale
Titolare del trattamento	ASL Napoli 1 Centro	Determinazione delle finalità e dei mezzi del trattamento dei dati personali
Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO)	Figura nominata ai sensi dell’art. 37 GDPR	Consulenza, sorveglianza della conformità, supporto e raccordo con l’Autorità Garante
RPCT	Figura nominata ai sensi della L. 190/2012	Presidio dei profili di trasparenza, accesso, prevenzione della corruzione e integrità
Responsabili del trattamento	Soggetti interni ed esterni designati	Gestione operativa dei trattamenti secondo istruzioni del Titolare
Soggetti autorizzati	Personale dipendente autorizzato	Trattamento dei dati nell’ambito delle mansioni assegnate
Amministratori di sistema	Figure tecniche designate	Gestione e sicurezza dei sistemi informativi
Strumenti di governance	Registro trattamenti, informative, audit, formazione	Dimostrabilità della conformità (accountability) e controllo del rischio

La tabella sintetizza l'assetto di **governance della protezione dei dati personali** adottato dall'ASL Napoli 1 Centro, evidenziando i principali ruoli, le responsabilità e i presidi organizzativi coinvolti nel trattamento dei dati personali.

La rappresentazione consente di individuare in modo chiaro le funzioni di indirizzo, gestione operativa, controllo e supporto, nonché gli strumenti utilizzati per garantire la conformità alla normativa in materia di protezione dei dati, in un'ottica di **accountability**, coordinamento interno e integrazione con i sistemi di trasparenza e prevenzione della corruzione.

14. APPROFONDIMENTI SU ALCUNE TEMATICHE GIÀ RAPPRESENTATE

Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e interventi PNRR

I contratti pubblici rappresentano uno degli ambiti maggiormente esposti al rischio corruttivo e costituiscono, pertanto, un'area prioritaria del sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda.

In coerenza con gli indirizzi ANAC e con il Piano Nazionale Anticorruzione, il ciclo degli appalti è analizzato secondo una scomposizione per fasi – dalla programmazione all'esecuzione e rendicontazione – ciascuna caratterizzata da specifici profili di rischio. Per ciascuna fase sono applicate misure organizzative e procedurali finalizzate alla prevenzione dei rischi, tra cui in particolare:

- rotazione degli incarichi (RUP, DEC, DL);
- segregazione delle funzioni;
- corretta gestione dei conflitti di interesse;
- rotazione dei componenti delle commissioni giudicatrici;
- utilizzo di centrali di committenza e strumenti di acquisto aggregato;
- ricorso a piattaforme digitali di approvvigionamento;
- pubblicazione dei dati secondo il principio di trasparenza integrale;
- formazione specialistica del personale coinvolto.

L'entrata a regime del D.lgs. n. 36/2023 ha rafforzato l'impostazione del sistema, incentrandolo sui principi di digitalizzazione, trasparenza e responsabilizzazione. In tale contesto, l'Azienda prosegue nel 2026 il percorso di adeguamento organizzativo e formativo, con particolare attenzione:

- all'aggiornamento dei modelli di atti e dichiarazioni;
- al corretto utilizzo della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP);
- al rafforzamento dei controlli interni e del monitoraggio, anche a campione.

Dal 1° gennaio 2024 gli obblighi di pubblicazione sono assolti mediante la trasmissione dei dati alla BDNCP e il collegamento ipertestuale nella sezione *Amministrazione Trasparente*, ai sensi dell'art. 9-bis del D.lgs. n. 33/2013; tale assetto è confermato per l'intero triennio del PIAO 2026.

Particolare rilievo assume la figura del Responsabile Unico del Progetto (RUP), cui l'Azienda assicura:

- criteri di rotazione nell'attribuzione degli incarichi;
- formazione specifica e continua;
- presidio costante dei profili di conflitto di interessi.

Ulteriore attenzione è riservata alla fase esecutiva e al subappalto, oggetto di verifiche e monitoraggi sistematici. Per gli interventi finanziati dal PNRR restano ferme le specifiche disposizioni di settore e gli obblighi rafforzati di tracciabilità, trasparenza e controllo, in raccordo con i sistemi informativi dedicati.

Incentivi per funzioni tecniche e amministrative – presidio anticorruzione

La disciplina degli incentivi per le funzioni tecniche e amministrative di cui all'articolo 45 del D.lgs. n. 36/2023 è riconosciuta dall'Azienda quale ambito a elevata esposizione al rischio corruttivo, in ragione della rilevanza economica delle risorse coinvolte e dell'impatto potenziale sull'organizzazione dei processi di affidamento ed esecuzione.

L'erogazione degli incentivi può infatti incidere sulle scelte procedurali e organizzative, con particolare riferimento al rischio di concentrazione dei benefici su un numero limitato di operatori. Per tale ragione, il sistema degli incentivi è presidiato mediante misure anticorruzione specifiche e non derogabili, fondate su:

- tracciabilità delle attività e dei criteri di attribuzione;
- segregazione delle funzioni nelle diverse fasi;
- rafforzamento dei controlli e del monitoraggio, anche in raccordo con il RPCT.

Per l'anno 2026 è prevista l'adozione di un Regolamento aziendale volto a disciplinare in modo organico e uniforme i criteri di attribuzione, ripartizione e controllo degli incentivi, in coerenza con il nuovo Codice dei contratti pubblici e con gli indirizzi dell'ANAC.

A decorrere dal 2027 è programmata l'introduzione di uno specifico obiettivo di performance dedicato al presidio del sistema degli incentivi, inizialmente riferito alle Strutture maggiormente esposte, con possibilità di estensione ad ulteriori ambiti, al fine di garantire omogeneità, equità e coerenza complessiva del sistema.

SCHEDA DI MONITORAGGIO

Presidio anticorruzione – Incentivi per funzioni tecniche e amministrative

(art. 45 D.Lgs. 36/2023)

Ambito	Descrizione
Area di rischio	Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture – fase di affidamento, esecuzione e rendicontazione
Fattore di rischio	Possibile influenza delle scelte procedurali, organizzative e di ripartizione delle attività in funzione dell'accesso agli incentivi economici
Rischi specifici	<ul style="list-style-type: none"> - Concentrazione degli incentivi su un numero limitato di soggetti - Sovrapposizione di ruoli e funzioni incentivabili - Carenza di tracciabilità e motivazione nella ripartizione - Indebolimento del principio di rotazione
Presidio adottato	Introduzione di un presidio anticorruzione dedicato al sistema degli incentivi per funzioni tecniche e amministrative
Misure di prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> - Segregazione delle funzioni tra soggetti proponenti, istruttori e liquidatori - Tracciabilità delle attività incentivabili - Applicazione del principio di rotazione - Verifica preventiva della coerenza tra attività svolte e incentivi riconosciuti
Strutture coinvolte	U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi U.O.C. Acquisizione Servizi (eventuale estensione ad ulteriori Strutture previo censimento dei centri di responsabilità)
Responsabilità operative	Dirigenti delle Strutture competenti in materia di appalti e gestione degli incentivi
Ruolo del RPCT	Funzione di indirizzo, monitoraggio e controllo rafforzato sul presidio, senza compiti gestionali diretti

Ambito	Descrizione
Strumenti di controllo	<ul style="list-style-type: none"> - Verifiche documentali a campione - Analisi della distribuzione degli incentivi - Verifica del rispetto dei criteri regolamentari
Tempistica	<ul style="list-style-type: none"> - 2026: emanazione del regolamento aziendale sugli incentivi - 2027: inserimento di un obiettivo dedicato nel sistema di performance
Indicatori di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di beneficiari per procedura - Importo medio incentivi per soggetto - Eventuali scostamenti dai criteri regolamentari
Output atteso	Sistema incentivante trasparente, tracciabile e coerente con i principi di equità, imparzialità e buon andamento
Collegamenti PIAO	Sezione Anticorruzione – Appalti pubblici e PNRR Sezione Performance (obiettivi 2027)

La scheda costituisce strumento di supporto al monitoraggio interno e potrà essere aggiornata a seguito dell'adozione del regolamento aziendale sugli incentivi e dell'evoluzione del sistema di performance.

Azioni già attuate (2025)	<p>Nel corso del 2025 il RPCT ha formalmente richiesto l'attuazione degli obblighi di pubblicazione relativi agli incentivi per funzioni tecniche, richiamando l'applicazione dell'art. 18 del D.Lgs. n. 33/2013 anche agli incentivi tecnici corrisposti al personale, inclusi i dirigenti, e individuando la UOC GRU quale struttura responsabile della pubblicazione dei dati.</p> <p><i>Nel 2025 quindi è stato attivato un primo presidio operativo in materia di trasparenza degli incentivi per funzioni tecniche, mediante formale richiesta di pubblicazione dei relativi dati ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. n. 33/2013. Con nota prot. n. 0286969/I del 12 settembre 2025, infatti, il RPCT ha richiamato l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi agli incentivi tecnici ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. n. 33/2013, individuando la struttura competente alla gestione e all'aggiornamento delle informazioni e definendo modalità operative uniformi per assicurare la tracciabilità dell'adempimento.</i></p>
---------------------------	---

ATTIVITÀ FINANZIATE CON RISORSE DEL PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attuativo del programma europeo *Next Generation EU*, comporta la gestione di ingenti risorse finanziarie e l'applicazione di procedure semplificate finalizzate all'accelerazione degli interventi. Tali caratteristiche determinano un **livello di esposizione al rischio corruttivo medio-alto/alto**, rendendo necessario un rafforzamento dei presidi di prevenzione, trasparenza e controllo.

In tale contesto, l'Azienda assicura:

- la regolarità delle procedure di affidamento ed esecuzione;
- la corretta gestione e tracciabilità delle risorse finanziarie;
- la prevenzione di frodi, conflitti di interesse e irregolarità;
- il rispetto dei principi di sana gestione finanziaria e responsabilità amministrativa.

L'ANAC, nell'ambito delle proprie competenze, fornisce indirizzi operativi e svolge attività di vigilanza sugli interventi PNRR. Il PNA 2022 e il relativo aggiornamento 2023 (dedicato ai contratti pubblici) hanno evidenziato la necessità di **misure rafforzate di prevenzione**, con particolare riferimento a:

- gestione del conflitto di interessi in tutte le fasi del contratto;
- trasparenza delle procedure di affidamento ed esecuzione;
- tracciabilità delle decisioni e dei flussi informativi;
- responsabilizzazione delle figure chiave (RUP, DEC, DL).

In coerenza con tali indirizzi, l’Azienda ha richiamato le Strutture competenti all’adeguamento delle modalità di pubblicazione nella sezione *Amministrazione Trasparente – Bandi di gara e contratti*, prevedendo, per gli affidamenti finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali:

- la pubblicazione degli atti di avvio delle procedure negoziate;
- la pubblicazione della relazione di genere sul personale degli operatori economici, ove prevista;
- l’applicazione delle ulteriori misure di trasparenza rafforzata indicate dall’ANAC.

È stata inoltre implementata una sezione dedicata al PNRR all’interno della sottosezione *Altri contenuti*, finalizzata a garantire una consultazione unitaria e immediata delle informazioni relative agli interventi finanziati.

Come chiarito dall’ANAC con l’aggiornamento 2023 al PNA 2022, per le procedure PNRR continuano ad applicarsi anche nel 2026 gli obblighi di trasparenza specifici di settore, in integrazione con il regime di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti e con l’utilizzo della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP).

Il sistema dei presidi adottato dall’Azienda per le attività PNRR si inserisce in un quadro unitario di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, coerente con il PIAO, il PNA e gli indirizzi dell’ANAC, ed è oggetto di **monitoraggio continuo da parte del RPCT**.

PNRR – Presidi anticorruzione, trasparenza e monitoraggio

Ambito	Presidio organizzativo	Strumenti / Sistemi	Responsabilità principali	Finalità di prevenzione e controllo
Governance PNRR	Integrazione delle misure PNRR nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	PIAO – Sezione Rischi e Trasparenza	Direzione Strategica – RPCT – Strutture competenti	Garantire coerenza tra pianificazione strategica, gestione del rischio e attuazione degli interventi finanziati
Programmazione e affidamenti	Presidio rafforzato sulle fasi di programmazione, affidamento ed esecuzione degli interventi PNRR	Piattaforme di approvvigionamento digitale	RUP – Strutture tecniche e amministrative	Prevenire elusioni procedurali, frazionamenti artificiosi e affidamenti non conformi
Trasparenza dei contratti	Assolvimento strutturale degli obblighi di trasparenza mediante invio dei dati alla BDNCP	BDNCP – ANAC (art. 28 D.Lgs. 36/2023)	Stazioni appaltanti – RUP	Assicurare pubblicità legale, tracciabilità e accessibilità dei dati sull’intero ciclo di vita del contratto
Pubblicazione sul sito istituzionale	Collegamento ipertestuale tra “Amministrazione Trasparente” e BDNCP	Sezione “Bandi di gara e contratti”	Strutture competenti – RPCT (funzione di vigilanza)	Rendere immediatamente consultabili i dati ufficiali dei contratti
Dati non trasmessi alla BDNCP	Pubblicazione diretta dei dati residuali non comunicati alla BDNCP	Portale Amministrazione Trasparente	Strutture detentrici dei dati	Completare il quadro informativo in coerenza con la delibera ANAC n. 264/2023
Monitoraggio finanziario PNRR	Tracciabilità e rendicontazione degli interventi finanziati	ReGiS – MEF	Strutture attuatori – Responsabili finanziari	Garantire corretto utilizzo delle risorse e rispetto dei target e milestone
Conflitto di interessi	Applicazione sistematica delle misure di prevenzione e delle dichiarazioni preventive	Modelli standardizzati – controlli a campione	RUP – DEC – DL	Intercettare tempestivamente situazioni di conflitto e assicurare neutralità decisionale

Ambito	Presidio organizzativo	Strumenti / Sistemi	Responsabilità principali	Finalità di prevenzione e controllo
Rotazione e segregazione funzioni	Rotazione dei RUP, DEC, DL e separazione delle funzioni nelle diverse fasi	Atti organizzativi interni	Direzione – Strutture competenti	Ridurre il rischio di concentrazione decisionale e condizionamenti
Formazione specialistica	Percorsi formativi mirati su PNRR, contratti pubblici e anticorruzione	Formazione interna ed esterna	Direzione – RPCT – Strutture	Rafforzare le competenze e l'aggiornamento continuo
Audit e vigilanza	Verifiche e monitoraggi anche a campione sull'attuazione delle misure	Audit interni – controlli RPCT	RPCT – OIV	Valutare l'efficacia dei presidi e individuare eventuali criticità
Assetto a regime	Sistema integrato di trasparenza e prevenzione valido per il triennio 2026–2028	BDNCP – ReGiS – PIAO	Tutte le strutture coinvolte	Consolidare un modello stabile, ordinario e non emergenziale

Il sistema descritto costituisce **assetto ordinario e stabile di riferimento** per la gestione degli interventi finanziati con risorse PNRR anche per il triennio di programmazione 2026–2028, in coerenza con il principio dell'unicità dell'invio dei dati, della digitalizzazione dei processi e del rafforzamento dei presidi di prevenzione della corruzione.

MISURE DI INFORMATIZZAZIONE DEL FLUSSO DI PUBBLICAZIONE A SERVIZIO DELLA TRASPARENZA

Nel quadro degli obiettivi di rafforzamento della trasparenza e di semplificazione degli adempimenti, l'Azienda promuove, nei limiti delle risorse disponibili, l'utilizzo di strumenti informatici idonei a garantire l'efficienza, la tempestività e la qualità del flusso di pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di obbligo di pubblicazione.

In coerenza con gli indirizzi ANAC e con il principio di digitalizzazione dei processi amministrativi, l'Azienda persegue il progressivo superamento delle modalità manuali di pubblicazione, favorendo soluzioni organizzative e tecnologiche che consentano una gestione più strutturata, standardizzata e tracciabile dei flussi informativi a servizio della trasparenza.

Le Strutture aziendali interessate sono adeguatamente informate e operano secondo procedure condivise in ordine alle modalità di produzione, trasmissione e pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente”, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità individuati nella griglia degli obblighi di pubblicazione allegata al PIAO.

In assenza di un collegamento informatico automatico tra il sito istituzionale e la sezione “Amministrazione Trasparente”, **tutte le Strutture aziendali interessate si adoperano affinché la pubblicazione dei contenuti avvenga in modo coerente e non duplicativo**, privilegiando, ove possibile, l'utilizzo di collegamenti ipertestuali ai dati e ai documenti già disponibili, in applicazione del principio di razionalizzazione delle informazioni e di semplificazione degli adempimenti.

Con specifico riferimento alla sezione “**Bandi di gara e contratti**”, l'Azienda assicura, anche per il triennio 2026–2028, il mantenimento e l'adeguamento dell'assetto informativo in conformità alla disciplina introdotta dal **D.Lgs. n. 36/2023** e alle deliberazioni ANAC attuative. In tale ambito, la sezione “Amministrazione Trasparente”

garantisce l'operatività del collegamento ipertestuale alla **Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP)**, attraverso il quale sono assolti gli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'articolo 28 del Codice dei contratti pubblici e dell'articolo 9-bis del D.Lgs. n. 33/2013.

L'Azienda prosegue, inoltre, nel percorso di miglioramento dell'accessibilità, dell'usabilità e della qualità dei dati pubblicati, promuovendo soluzioni organizzative e tecniche che favoriscano la standardizzazione dei formati, la chiarezza e la comprensibilità delle informazioni, la riduzione degli oneri amministrativi a carico delle strutture e la piena tracciabilità delle attività di pubblicazione.

In particolare, nel corso dell'anno 2025, la ditta esterna incaricata della gestione del Portale "Amministrazione Trasparente" ha continuato ad assicurare la reingegnerizzazione dei contenuti pubblicati nella sezione "Bandi di gara e contratti", in conformità alle disposizioni del nuovo Codice dei contratti pubblici e alle successive deliberazioni dell'ANAC, garantendo la piena operatività del collegamento ipertestuale alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), attraverso il quale sono assolti gli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'articolo 28 del D.Lgs. n. 36/2023 e dell'articolo 9-bis del D.Lgs. n. 33/2013.

Mini-tabella – *Stato dell'informatizzazione dei flussi di pubblicazione e obiettivi 2026*

Ambito	Stato dell'arte (2025)	Obiettivi 2026
Flussi di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente"	Gestione strutturata dei flussi informativi da parte delle Strutture competenti, secondo l'Elenco degli obblighi di pubblicazione	Consolidamento delle modalità operative e ulteriore uniformità dei flussi informativi
Trasparenza dei contratti pubblici	Reingegnerizzazione dei contenuti e pubblicazione tramite collegamento ipertestuale alla BDNCP	Stabilizzazione del modello "once only" e pieno utilizzo della BDNCP come piattaforma unica della trasparenza
Collegamenti ipertestuali a banche dati nazionali	Attivi i collegamenti alle principali banche dati (BDNCP, BDAP, PERLAPA, ARAN)	Verifica periodica della funzionalità dei link e aggiornamento coerente dei contenuti
Qualità e standardizzazione dei dati	Applicazione dei criteri di qualità (completezza, aggiornamento, accessibilità)	Rafforzamento della standardizzazione dei formati e miglioramento della leggibilità dei contenuti
Supporto informatico alla pubblicazione	Presidio operativo assicurato tramite piattaforma PAT e supporto tecnico dedicato	Progressivo miglioramento dell'integrazione informatica, nei limiti delle risorse disponibili

TRASPARENZA, ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

L'attività libero-professionale intramuraria, ambulatoriale e in regime di ricovero, costituisce un istituto previsto dall'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale e disciplinato dalla normativa nazionale e regionale, finalizzato a integrare l'offerta istituzionale attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, al di fuori dell'orario di servizio, da parte dei professionisti dell'Azienda che utilizzano strutture e risorse aziendali, previa autorizzazione.

L'ASL Napoli 1 Centro ha aggiornato il proprio Regolamento aziendale in materia, definendo in modo puntuale le condizioni di esercizio dell'attività libero-professionale, le modalità organizzative, i criteri di autorizzazione, i limiti quantitativi e temporali, nonché i presidi di controllo e di tracciabilità economico-finanziaria. La tariffa applicata per le prestazioni libero-professionali è determinata dal professionista d'intesa con l'Azienda e comprende una quota destinata al ristoro dei costi organizzativi e gestionali sostenuti dall'Amministrazione.

In coerenza con gli indirizzi dell'ANAC e con il sistema di prevenzione della corruzione delineato dai PNA, l'attività libero-professionale è considerata **area a rischio specifico**, in particolare per le potenziali interferenze con:

- la gestione delle liste di attesa istituzionali;
- i criteri di priorità nell'erogazione delle prestazioni;
- la trasparenza delle prenotazioni e dei percorsi di accesso;
- il rischio di sviamento dell'utenza dall'attività istituzionale a quella libero-professionale.

Per tali ragioni, l'Azienda ha individuato specifiche **misure di prevenzione e controllo**, volte a garantire equità di accesso, imparzialità dell'azione amministrativa e tutela dei diritti dei cittadini, tra cui:

- completa informatizzazione delle liste di attesa e dei sistemi di prenotazione;
- obbligo di prenotazione delle prestazioni, sia istituzionali sia libero-professionali, esclusivamente tramite il CUP aziendale;
- gestione delle agende dei professionisti in coerenza con i criteri di priorità clinica;
- aggiornamento periodico e monitoraggio delle liste di attesa istituzionali;
- verifica del rispetto degli orari, dei volumi autorizzati e del rapporto tra attività istituzionale e libero-professionale;
- tracciabilità integrale dei pagamenti e corretta contabilizzazione delle somme incassate;
- previsione di controlli e, ove necessario, di misure correttive e sanzionatorie.

Norme di comportamento – Attività libero-professionale e liste di attesa

Nell'ambito del sistema di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, sono ribaditi i seguenti principi di comportamento:

1. Il dirigente sanitario, nello svolgimento dell'attività libero-professionale, è tenuto al rispetto delle disposizioni in materia di incompatibilità e conflitto di interessi, nonché al divieto di sovrapposizione con l'attività istituzionale e all'osservanza degli obblighi di tracciabilità e rendicontazione economica.
2. Le liste di attesa devono essere gestite secondo criteri di assoluta trasparenza, nel rispetto dell'ordine cronologico e delle priorità cliniche, evitando qualsiasi interferenza derivante dall'attività libero-professionale o da interessi non istituzionali.
3. L'esercizio dell'attività libero-professionale è subordinato ad autorizzazione aziendale e deve svolgersi nel pieno rispetto delle finalità istituzionali, garantendo la priorità dell'attività istituzionale e la funzionalità complessiva dei servizi.
4. Il sanitario è tenuto a mantenere una rigorosa separazione tra attività istituzionale e attività libero-professionale, evitando ogni comportamento idoneo a ritardare, condizionare o sviare l'utenza dall'attività istituzionale.
5. L'Azienda esercita attività di vigilanza e controllo sul corretto svolgimento dell'attività libero-professionale, con particolare riferimento alla libera scelta dell'assistito, alla trasparenza informativa verso i pazienti e al rispetto dell'equilibrio tra volumi di attività istituzionale e libero-professionale.

Mini-tabella – Rischi, presidi e controlli

Attività libero-professionale (LP) e gestione delle liste di attesa

Area di rischio	Rischio corruttivo / organizzativo	Presidi adottati	Controlli previsti
Gestione liste di attesa	Alterazione dell'ordine cronologico o delle priorità cliniche	CUP aziendale unico; informatizzazione integrale delle agende	Monitoraggi periodici; verifiche su priorità e tempi
Attività LP intramuraria	Sviamento dell'utenza dall'attività istituzionale	Separazione rigorosa LP/istituzionale; autorizzazioni preventive	Verifica volumi LP vs istituzionali; audit mirati

Area di rischio	Rischio corruttivo / organizzativo	Presidi adottati	Controlli previsti
Prenotazioni e accesso	Accessi preferenziali non giustificati	Obbligo di prenotazione tramite CUP	Controlli a campione su tracciati CUP
Conflitto di interessi	Influenza indebita sulle scelte clinico-organizzative	Dichiarazioni e regole di incompatibilità	Verifiche su incarichi, agende e autorizzazioni
Tracciabilità economica	Incassi non correttamente registrati	Pagamenti tracciati; contabilizzazione centralizzata	Controlli contabili; riscontri periodici
Informazione all'utenza	Informazioni incomplete o fuorvianti	Trasparenza su tempi, costi e alternative	Verifiche informative; segnalazioni URP

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE IN MATERIA DI TRASPARENZA

La formazione del personale in materia di trasparenza costituisce un obiettivo strategico permanente dell'ASL Napoli 1 Centro, in quanto misura essenziale a supporto dell'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e promozione dell'integrità. Tale centralità è costantemente ribadita dall'ANAC ed è stata ulteriormente rafforzata nel Piano Nazionale Anticorruzione 2015 e nei successivi aggiornamenti fino al 2019, che qualificano la formazione quale strumento indispensabile per l'effettività delle misure di prevenzione.

In coerenza con tali indirizzi, l'Azienda prosegue e consolida i percorsi formativi, sia generali che specialistici, in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, in continuità con le iniziative già realizzate e descritte nei precedenti Piani triennali. L'obiettivo del percorso formativo è rafforzare il livello di consapevolezza interna, ampliando progressivamente il coinvolgimento delle diverse fasce professionali, incluse quelle non precedentemente interessate.

I contenuti formativi sono incentrati, in particolare, su:

- obblighi di trasparenza e corrette modalità di adempimento;
- responsabilità e ruoli interni nell'attuazione delle misure di trasparenza;
- accesso civico, nelle sue diverse declinazioni, quale strumento di partecipazione e controllo diffuso.

LE BANCHE DATI DI CUI ALL'ARTICOLO 9 BIS DEL D. LGS 33/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

La disciplina della trasparenza di cui al D. Lgs. 33/2013 è stata innovata dal D. Lgs. 97/2016, che ha introdotto una **semplificazione degli obblighi di pubblicazione**, prevedendo la possibilità di assolvere a tali adempimenti anche mediante il ricorso alle **banche dati detenute dalle Pubbliche Amministrazioni**. Tale modalità è finalizzata a garantire il rispetto degli obblighi di trasparenza gravanti sui **soggetti di cui all'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013**, assicurando al contempo maggiore efficienza, completezza e qualità delle informazioni pubblicate.

Alcune banche dati rilevanti ai sensi dell'art. 9-bis del D.Lgs. 33/2013

Banca dati / Sistema informativo	Amministrazione titolare	Ambito informativo	Finalità ai fini della trasparenza
Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP)	ANAC	Programmazione, affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici	Assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici
Piattaforma ANAC –	ANAC	Dati e informazioni su procedure di	Semplificazione degli obblighi di

Banca dati / Sistema informativo	Amministrazione titolare	Ambito informativo	Finalità ai fini della trasparenza
Trasparenza Contratti		gara e affidamenti	pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013
Sistema informativo SIOPE+	MEF – Ragioneria Generale dello Stato	Pagamenti, incassi e flussi finanziari	Trasparenza della gestione finanziaria e dei tempi di pagamento
Banca Dati Amministrazioni Pubbliche (BDAP)	MEF	Bilanci, rendiconti, dati contabili	Trasparenza economico-finanziaria
Portale del Tesoro – Personale PA	MEF	Dotazione organica, personale, spesa per il personale	Trasparenza sull'organizzazione e sulle risorse umane
Conto Annuale del Personale	MEF – RGS	Costo del personale e consistenza	Monitoraggio e pubblicità dei dati sul personale
Sistema Tessera Sanitaria	MEF	Flussi sanitari, spesa sanitaria	Trasparenza e monitoraggio della spesa sanitaria
Anagrafe delle prestazioni	Dipartimento Funzione Pubblica	Incarichi conferiti e autorizzati	Trasparenza sugli incarichi esterni
Banca dati incarichi e consulenze	Dipartimento Funzione Pubblica	Consulenze e collaborazioni	Pubblicità e controllo sugli incarichi
Banche dati regionali sanitarie	Regione	Attività, esiti e performance sanitarie	Supporto agli obblighi di pubblicazione del SSR
Sistema informativo contabile aziendale	Azienda sanitaria	Bilanci, pagamenti, indicatori gestionali	Trasparenza amministrativa e controllo interno

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Il presente **cronoprogramma** individua le **principali attività, i soggetti responsabili e le tempistiche** di attuazione delle misure in materia di **trasparenza e prevenzione della corruzione**, in coerenza con il **PIAO** e con gli indirizzi dell'ANAC.

Attività	Soggetto/i responsabile/i	Tempistica
Relazione annuale delle Strutture e mappatura dei processi	Dirigenti responsabili	Entro il mese di novembre di ogni anno
Presentazione delle proposte per l'aggiornamento delle misure	Dirigenti responsabili	Entro il mese di novembre di ogni anno
Predisposizione della bozza di aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Adozione dell'aggiornamento del PIAO – sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	RPCT / Direttore Generale	Entro il 31 gennaio di ogni anno (salvo differimenti)
Pubblicazione del PIAO aggiornato – sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	RPCT	Entro pochi giorni dall'adozione
Predisposizione della relazione annuale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno o secondo le indicazioni ANAC
Acquisizione dei nominativi del personale da avviare a formazione	Dirigenti responsabili / RPCT	Entro il 31 marzo di ogni anno
Definizione dei percorsi e delle iniziative formative da inserire nel Piano della formazione dell'anno successivo	RPCT / Dirigenti responsabili	Entro il 31 dicembre di ogni anno
Verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione dei dati	Dirigenti responsabili	Entro il 31 dicembre di ogni anno

Il cronoprogramma costituisce strumento di pianificazione operativa e di monitoraggio dell'attuazione delle misure, assicurando il coordinamento tra le Strutture aziendali, il RPCT e gli organi di vertice, nonché la tracciabilità delle responsabilità e delle tempistiche.

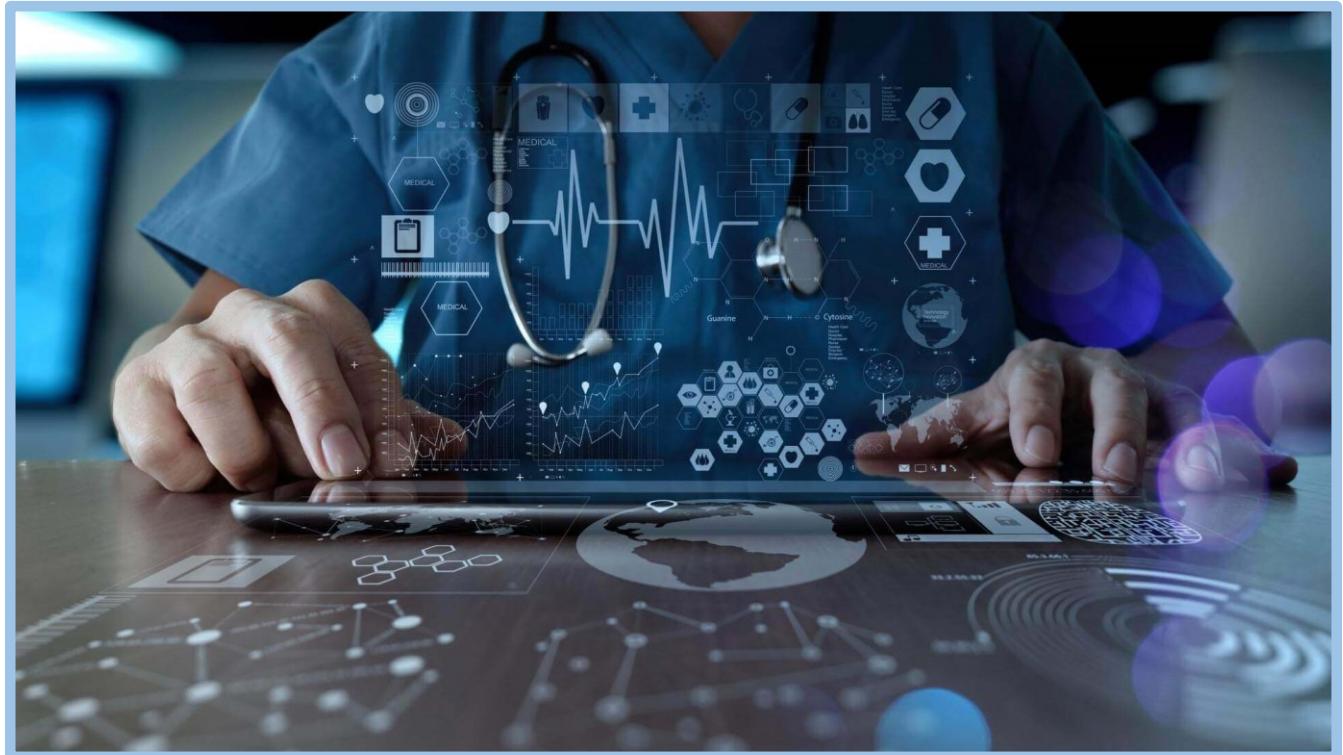
15. NORMA FINALE

Per gli adempimenti di trasparenza non espressamente indicati nella presente sezione, ma comunque previsti dalla normativa vigente ovvero successivamente definiti e programmati dalla Direzione aziendale, le Macrostrutture competenti, in quanto titolari della produzione dei dati e/o della raccolta delle informazioni provenienti dal personale gerarchicamente afferente, provvedono direttamente alla pubblicazione degli stessi sul sito istituzionale aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

La pubblicazione è effettuata in formato aperto, nel rispetto dei principi di completezza, aggiornamento, tempestività e qualità dell'informazione, assicurando il coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e la coerenza con gli indirizzi del PIAO 2026 e della normativa di settore.

La presente sezione conclude il quadro delle misure di trasparenza dell'Azienda, quale leva fondamentale di prevenzione della corruzione e di promozione del valore pubblico.

IL PIANO TRIENNALE AZIENDALE DI SANITÀ DIGITALE ²⁵



²⁵ Titolo: Piano Triennale di Sanità Digitale - Anno di riferimento anno 2026-2028.

L’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in coerenza con la propria mission istituzionale e con gli indirizzi nazionali e regionali in materia di innovazione e digitalizzazione, ha elaborato il **Piano Triennale Aziendale di Sanità Digitale 2026–2028**, quale strumento di programmazione strategica finalizzato a orientare e governare il processo di trasformazione digitale dell’Azienda.

Il Piano, **redatto dal Direttore della U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale**, è il risultato di un lavoro strutturato e metodologicamente rigoroso, volto ad assicurare un approccio integrato capace di coniugare le esigenze clinico-assistenziali, amministrative e organizzative con gli obiettivi di innovazione, interoperabilità e sicurezza.

Il documento definisce obiettivi, linee di azione e principi guida per l’implementazione della sanità digitale, con l’intento di migliorare l’efficienza dei processi interni, rafforzare la qualità e la continuità dell’assistenza, nonché incrementare l’accessibilità e la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini, anche attraverso strumenti digitali evoluti.

Il Piano è stato predisposto tenendo conto dell’evoluzione del quadro normativo nazionale ed europeo e si concentra, in via prioritaria, sui principali ambiti di sviluppo, tra cui:

- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0;**
- **Telemedicina;**
- digitalizzazione e interoperabilità dei processi diagnostici, clinico-assistenziali e amministrativi, nonché dei sistemi di governo e controllo;
- **cybersecurity** e rafforzamento dei presidi di sicurezza informatica;
- interventi e progettualità assegnati dalla Direzione Generale alla U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale;
- azioni orientate al miglioramento delle competenze digitali del personale e alla diffusione di una cultura organizzativa coerente con la transizione digitale.

La definizione degli obiettivi strategici è stata preceduta da una fase preliminare di mappatura e assessment dei sistemi informativi aziendali, realizzata mediante un’attività di rilevazione finalizzata a valutare l’adeguatezza delle soluzioni in uso rispetto alle esigenze operative, ai requisiti di evoluzione e alle linee di sviluppo strategico. Tale analisi ha condotto al censimento di oltre quaranta applicativi, consentendo di rappresentare lo stato di maturità digitale delle principali applicazioni che concorrono alla gestione dei processi amministrativi e clinico-assistenziali.

Il **Piano Triennale Aziendale di Sanità Digitale 2026–2028**, allegato²⁶ al presente documento, costituisce evidenza concreta dell’impegno dell’Azienda nel promuovere una trasformazione digitale effettiva e sostenibile, rispettosa delle specificità dei processi sanitari e orientata al miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi, anche in coerenza con le opportunità di finanziamento connesse alle misure del **PNRR**, laddove applicabili.

²⁶ **Allegato - Piano Triennale Aziendale di Sanità Digitale 2026–2028 (U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale)**

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) NELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

Descrizione del Programma e relativi milestone e target

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, disciplinato dal Regolamento (UE) n. 241/2021, è articolato in **sei Missioni e sedici Componenti**, volte a sostenere la ripresa economica, sociale e istituzionale del Paese.

Con specifico riferimento alla **Missione 6 – Salute**, e in particolare alla **Componente M6C1 – Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**, il PNRR prevede un insieme organico di interventi finalizzati al **rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale**, in un'ottica di prossimità, integrazione dei servizi e presa in carico continuativa della persona.

Gli interventi programmati sono orientati, in particolare:

- alla realizzazione e al potenziamento delle **Case della Comunità**, delle **Centrali Operative Territoriali** e degli **Ospedali di Comunità**;
- al rafforzamento dell'**assistenza domiciliare**;
- allo sviluppo della **telemedicina**;
- al miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari.

Governance e assetto organizzativo aziendale

In tale contesto, con **Deliberazione del Direttore Generale n. 815 del 14 giugno 2021**, l'ASL Napoli 1 Centro ha provveduto alla costituzione dell'**Ufficio Speciale PNRR – Missione 6 Salute**, quale struttura dedicata alla pianificazione, al coordinamento e all'attuazione degli interventi finanziati.

La programmazione aziendale è stata orientata:

- al potenziamento delle strutture socio-sanitarie territoriali presenti in tutti i Distretti aziendali;
- al recupero e al miglioramento delle funzioni ospedaliere e socio-sanitarie dei presidi esistenti, con particolare riferimento al centro storico della città di Napoli.

Il Programma complessivo interessa:

- **7 Ospedali di Comunità**;
- **33 Case della Comunità**;
- **11 Centrali Operative Territoriali**,

per un totale di **51 interventi**.

Programmazione, progettazione e attuazione degli interventi

Per tutti gli interventi previsti, l'Ufficio Speciale PNRR ha provveduto alla redazione dei **Documenti di Indirizzo alla Progettazione (DIP)**, trasmettendoli alla Regione Campania nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa vigente. Successivamente, la **Regione Campania** ha sottoscritto il **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)** con il Ministero della Salute, quale strumento di coordinamento dell'intero processo di **programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione** degli interventi finanziati a valere sul PNRR.

L'Azienda, per il tramite dell'Ufficio Speciale PNRR, ha quindi espletato le **procedure di gara per l'affidamento della progettazione esecutiva** relative a **24 interventi**.

Concluso l'iter di affidamento e individuate le imprese appaltatrici, si è proceduto alla **nomina dei Direttori dei Lavori**, mediante Ordini di Servizio attuativi dell'**Accordo Quadro SO.RE.SA**. I Direttori dei Lavori, in coordinamento con i **Responsabili Unici del Procedimento (RUP)** dei singoli interventi, hanno avviato le attività di cantiere, previa presentazione delle necessarie **pratiche urbanistiche** al Comune di Napoli.

Rispetto dei target e delle milestone PNRR

Per tutti gli interventi programmati, i **contratti di appalto** sono stati **sottoscritti entro il 30 settembre 2023**, nel pieno rispetto del **target PNRR** previsto. Entro il **31 dicembre 2023** si è altresì proceduto alla **consegna dei lavori**,

assicurando il rispetto delle milestone temporali e la coerenza dell'attuazione con gli obblighi assunti a livello nazionale ed europeo.

I tempi per l'esecuzione degli interventi indicati, sono dettati da *milestone* e *target* inseriti nel "Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti" così come schematicamente riportato

Case di Comunità



CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termino di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	▶
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	▶
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	▶
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	▶
Target	Casa di Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	◆

GANTT

Linee di attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4																
1 Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	◀	▶																		
2 Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità			◀	▶																
3 Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4 Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)				◀	▶															
5 Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità					◀	▶														
6 Casa di Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche													◆							



Centrali Operative Territoriali**CRONOPROGRAMMA****MILESTONE & TARGET**

Milestone/Target	Descrizione	Termino di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	◀▶
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	◀▶
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	◀▶
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	◀▶
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	◀▶
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	◀▶
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	◀▶
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	◆EU
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	◀▶

GANTT

Linee di attività	2022				2023				2024				2025				2026			
	T1	T2	T3	T4																
1 Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	◀▶																			
2 Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	◀▶																			
3 Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali					◀▶															
4 Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale						◀▶														
5 Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali					◀▶															
6 Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale					◀▶															
7 Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali						◀▶														
8 Stipula dei contratti per interconnessione aziendale						◀▶														
9 Centrali operative pienamente funzionanti									◆											
10 Completamento dei numero target di interventi per l'interconnessione aziendale									◀▶											

◆ EU ▶▶ ITA

Ospedali di Comunità

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termino di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



Stato di Attuazione - Centrali Operative Territoriali

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)** costituisce un **modello organizzativo innovativo** finalizzato al coordinamento della presa in carico della persona e al raccordo funzionale tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nei molteplici setting assistenziali. Essa opera quale **snodo centrale** tra l'assistenza territoriale, sanitaria e sociosanitaria, l'ambito ospedaliero e la rete dell'emergenza-urgenza, assicurando una **gestione integrata e continuativa dei percorsi di cura**.

L'obiettivo primario delle COT è garantire **continuità assistenziale, accessibilità ai servizi e integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria**. Le Centrali Operative Territoriali sono configurate come servizi operativi **attivi sette giorni su sette**, dotati di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche. In particolare, esse si avvalgono di una **piattaforma regionale unica**, integrata con i sistemi informativi regionali e nazionali e con i principali applicativi aziendali, a supporto dei processi di coordinamento, monitoraggio e governo dei percorsi assistenziali.

Con riferimento all'ASL Napoli 1 Centro, gli interventi di realizzazione delle **n. 11 Centrali Operative Territoriali** risultano, allo stato attuale, **integralmente conclusi**.

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 1762 del 27 settembre 2024**, l'Azienda ha preso atto:

- dei **Verbali di Ultimazione dei Lavori**, ai sensi dell'art. 12 del D.M. 49/2018;
- dei **Certificati di Regolare Esecuzione** degli interventi, ai sensi dell'art. 50, comma 7, dell'art. 116, comma 7, e dell'Allegato II.14, art. 28, del D.Lgs. 36/2023;
- delle **dichiarazioni di entrata in funzione** delle Centrali Operative Territoriali presenti sul territorio aziendale.

Tali atti hanno formalmente comprovato il **raggiungimento del target PNRR M6C1-7 – “Centrali Operative pienamente funzionanti”**. Con successiva **Deliberazione n. 1773 del 27 settembre 2024**, è stato inoltre preso atto delle **relazioni redatte dall'ingegnere indipendente** per ciascuna delle undici Centrali Operative Territoriali. Le relazioni sono state predisposte in conformità al format previsto dalle **“Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 – Centrali Operative pienamente funzionanti”**, nell'ambito del **sub-investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali**, a ulteriore conferma del pieno conseguimento degli obiettivi programmati.

Case di Comunità e Ospedali di Comunità (Avanzamento al 31.12.2025)

Le **Case della Comunità (CdC)** rappresentano il **modello organizzativo strategico** attraverso il quale si realizza l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di prossimità, in coerenza con gli obiettivi della Missione 6 del PNRR. Esse costituiscono punti di accesso **capillarmente diffusi, facilmente identificabili e accessibili**, configurandosi come veri e propri **“sportelli unici”** per l'interazione dei cittadini con il Servizio Sanitario Nazionale.

Le CdC assolvono a una funzione duplice e integrata:

- da un lato, garantiscono **accoglienza, orientamento e funzione di filtro** della domanda assistenziale;
- dall'altro, assicurano la **presa in carico globale della persona**, mediante percorsi assistenziali integrati e continuativi.

Il modello operativo delle Case della Comunità si fonda sull'effettiva integrazione tra assistenza sanitaria e sociosanitaria, realizzata attraverso:

- un sistema strutturato di accoglienza e orientamento dell'utenza;
- la collaborazione multidisciplinare tra professionisti sanitari e sociosanitari;
- la condivisione di percorsi assistenziali personalizzati e omogenei;
- la valorizzazione delle competenze professionali e la promozione dell'autonomia e della responsabilità individuale.

In tale prospettiva, le CdC concorrono in modo significativo al **rafforzamento della medicina territoriale**, contribuendo alla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso e garantendo una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni di salute della comunità.

Gli **Ospedali di Comunità (OdC)** si configurano, invece, come presidi sanitari territoriali con funzione **intermedia e complementare** rispetto alle Case della Comunità e agli ospedali per acuti.

Essi sono destinati a pazienti che:

- hanno superato la fase acuta della patologia;
- necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica;
- richiedono assistenza infermieristica continuativa sulle 24 ore e una sorveglianza sanitaria non garantibile in sicurezza al domicilio.

L'accesso agli OdC è previsto nei casi in cui il contesto domiciliare risulti inadeguato, per ragioni strutturali o per l'assenza di un adeguato supporto familiare o assistenziale. La funzione degli Ospedali di Comunità è pertanto cruciale per **evitare ricoveri ospedalieri non necessari**, favorire la stabilizzazione clinica del paziente e garantire una **dimissione protetta** verso il rientro al domicilio.

Avanzamento degli interventi

Con riferimento all'ASL Napoli 1 Centro, allo stato attuale risultano **ultimati i lavori** relativi alle seguenti Case della Comunità:

- CdC Spoke "Via IV Aprile" – DSB 30;
- CdC Spoke "Piazza Nazionale 94" – DSB 33;
- CdC Spoke "Sciuti" – DSB 28;
- CdC Spoke "Lotto 0" – DSB 32.

I lavori relativi ai **restanti interventi delle Case della Comunità** risultano in **regolare corso di esecuzione**. La conclusione degli interventi è prevista nel rispetto delle **tempistiche, dei target e delle milestone** stabilite dal PNRR.

Criticità e misure correttive

La principale criticità emersa nel corso dell'attuazione del programma ha riguardato la necessità di procedere alla **riprogrammazione e all'adeguamento dei cronoprogrammi dei lavori**, a seguito del tardivo rilascio dei pareri da parte della **Soprintendenza Archeologica, Belle Arti e Paesaggio per il Comune di Napoli**. Ulteriori elementi di complessità sono stati riscontrati nella **gestione e nel coordinamento dell'utilizzo degli spazi comuni**, in condivisione con il Comune di Napoli.

Tali criticità, allo stato attuale, **non risultano pregiudizievoli** per il conseguimento degli obiettivi complessivi del programma, grazie all'adozione di **misure correttive e azioni di mitigazione tempestive**, che hanno consentito di riallineare l'andamento degli interventi ai target PNRR assegnati.

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2026/2028

Con **Deliberazione del Direttore Generale n. 2265 del 28 novembre 2025**, l'ASL Napoli 1 Centro ha adottato il **Programma Triennale dei Lavori Pubblici 2026–2028**, comprensivo del **Piano Annuale dei Lavori 2026**, nonché il **Programma degli Investimenti Aziendali** per il medesimo triennio.

Attraverso tale strumento di programmazione sono stati individuati e pianificati gli interventi di **manutenzione straordinaria e sviluppo infrastrutturale** sul patrimonio immobiliare aziendale, in coerenza con gli indirizzi strategici dell'Azienda e con le esigenze di sicurezza, funzionalità ed efficienza delle strutture sanitarie.

Con il medesimo provvedimento è stato altresì definito lo **scadenzario degli interventi** per le annualità **2026, 2027 e 2028**, individuando le **priorità di realizzazione** in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali e con la sostenibilità tecnico-finanziaria degli interventi programmati.

Ambiti di intervento

Gli interventi inseriti nel Programma Triennale riguardano, in via principale:

1. la **realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie ex novo**, in attuazione dell'Atto Aziendale, anche al fine di perseguire la **riduzione delle locazioni passive**;
2. il **recupero fisico e funzionale di immobili di proprietà aziendale disponibili**, da destinare a finalità sanitarie e sociosanitarie;
3. l'**adeguamento normativo e funzionale di reparti ospedalieri**, volto a garantire il rispetto della normativa vigente e il miglioramento degli standard assistenziali;
4. il **potenziamento e l'adeguamento dei sistemi di alimentazione elettrica**, a supporto della sicurezza, della resilienza e della continuità operativa delle strutture sanitarie.

Quadro finanziario

Gli interventi programmati risultano finanziati mediante una **combinazione di risorse proprie del bilancio aziendale e fondi regionali, statali e comunitari**, come dettagliatamente riportato nella Deliberazione del Direttore Generale n. 2265 del 28 novembre 2025.

Il quadro finanziario di sintesi per annualità è il seguente:

Anno 2026

- euro **8.715.576,96** a valere sul **Bilancio Aziendale**;
- euro **7.346.276,90** a valere su **fondi regionali e/o statali e/o comunitari**.

Anno 2027

- euro **26.078.161,20** a valere sul **Bilancio Aziendale**;
- euro **5.601.203,91** a valere su **fondi regionali e/o statali e/o comunitari**.

Anno 2028

- euro **27.595.554,49** a valere sul **Bilancio Aziendale**;
- euro **22.007.407,82** a valere su **fondi regionali e/o statali e/o comunitari**.

Il Programma Triennale delle Opere Pubbliche costituisce pertanto uno **strumento essenziale di pianificazione e governo degli investimenti**, funzionale al rafforzamento strutturale dell'Azienda, al miglioramento della qualità e sicurezza delle strutture sanitarie e alla piena coerenza con gli obiettivi strategici delineati nel PIAO.

PROGRAMMA DI ADEGUAMENTO SISMICO

L'ASL Napoli 1 Centro ha avviato e progressivamente strutturato un **programma pluriennale organico di adeguamento sismico**, finalizzato alla **valutazione e alla riduzione della vulnerabilità sismica** del patrimonio edilizio sanitario aziendale, in attuazione dell'**Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003** e in piena coerenza con il quadro normativo vigente in materia di sicurezza strutturale e sismica delle costruzioni strategiche e rilevanti.

Il programma si inserisce in una più ampia **strategia aziendale di mitigazione del rischio sismico**, con particolare riferimento alle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, per le quali la normativa prevede il mantenimento della **piena funzionalità anche in occasione di eventi sismici di elevata intensità**, in ragione del ruolo essenziale svolto ai fini della tutela della salute pubblica.

Valutazione della vulnerabilità sismica – primo stralcio

Il primo stralcio del programma ha riguardato la **valutazione della vulnerabilità sismica** delle seguenti strutture sanitarie:

1. Presidio Ospedaliero San Paolo
2. Presidio Ospedaliero dei Pellegrini
3. Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto
4. Struttura Ospedaliera Capilupi di Capri
5. Struttura Ospedaliera Napoli Est
6. Presidio Ospedaliero SS. Annunziata
7. Presidio Sanitario Polifunzionale San Gennaro dei Poveri

Per ciascuna struttura sono stati predisposti **specifici piani di indagine conoscitiva**, propedeutici alla definizione dei modelli strutturali di calcolo e alla successiva valutazione dei livelli di sicurezza sismica, in conformità all'**art. 59 del D.P.R. n. 380/2001**, al **D.M. 17 gennaio 2018 – Norme Tecniche per le Costruzioni (NTC 2018)** e alla **Circolare applicativa n. 7 del 21 gennaio 2019**.

Attività di indagine e livello di conoscenza

Le attività svolte hanno previsto una **campagna di indagini articolata e multidisciplinare**, comprendente in particolare:

- verifiche dirette sulle strutture portanti mediante ispezioni visive sistematiche;

- saggi visivi e rilievi geometrici finalizzati alla ricostruzione delle geometrie strutturali e delle modalità costruttive originarie;
- indagini distruttive e semi-distruttive per la determinazione delle caratteristiche meccaniche dei materiali;
- indagini geologiche e geotecniche per la caratterizzazione dei terreni di fondazione e la verifica delle condizioni di stabilità;
- indagini sismiche per la determinazione dei parametri di sito e la classificazione del sottosuolo ai sensi delle NTC vigenti.

L'insieme delle attività ha consentito il raggiungimento di un **livello di conoscenza adeguato**, necessario per una valutazione attendibile della vulnerabilità sismica e per la corretta definizione dei parametri da impiegare nei modelli di analisi strutturale.

Interventi programmati e in corso

Sulla base degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica, sono stati individuati **interventi strutturali differenziati**, calibrati in funzione delle criticità riscontrate, delle caratteristiche costruttive degli edifici e dei livelli di sicurezza richiesti dalla normativa vigente.

Nell'ambito del programma pluriennale risultano attualmente in corso, in particolare:

- **Interventi di adeguamento sismico del Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco – DEA di I Livello**, struttura strategica di primaria rilevanza. A seguito dell'analisi di vulnerabilità, è stato redatto un progetto di adeguamento sismico che ha previsto, per i corpi di fabbrica destinati prevalentemente alla degenza (B2 e B3), l'inserimento di **isolatori sismici a pendolo scorrevole**, mentre per i corpi destinati a funzioni tecnologiche e di servizio (B1 e B4) sono stati adottati **interventi strutturali tradizionali**, garantendo in ogni fase la **continuità dell'attività sanitaria**;
- **Interventi di miglioramento sismico degli ex Ospedali Storici** di Santa Maria del Popolo degli Incurabili, San Gennaro dei Poveri, SS. Annunziata e Gesù e Maria.

Finalità e impatto del programma

Gli interventi programmati e in corso costituiscono un **passaggio strategico nel percorso di messa in sicurezza, adeguamento e valorizzazione del patrimonio edilizio sanitario aziendale**, con l'obiettivo di:

- incrementare nel tempo i **livelli di sicurezza strutturale**;
- garantire la **continuità operativa delle strutture sanitarie**;
- assicurare la resilienza del sistema sanitario aziendale anche in presenza di **eventi sismici di significativa intensità**.

Programma degli interventi in corso di realizzazione

Altre fonti di finanziamento e/o fondi di bilancio

Piano Nazionale Complementare (PNC)

Il **Piano Nazionale Complementare (PNC)** costituisce uno strumento finanziario strategico finalizzato a **integrare, rafforzare e ampliare** gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso l'impiego di **risorse di natura nazionale**, a supporto dello sviluppo infrastrutturale e dell'attuazione delle politiche di coesione.

Nell'ambito del PNC, gli interventi programmati dall'ASL Napoli 1 Centro sono orientati al **miglioramento strutturale e funzionale delle strutture ospedaliere**, con particolare riferimento all'**innalzamento dei livelli di sicurezza sismica**, in coerenza con la normativa tecnica vigente in materia di costruzioni in zona sismica e nell'ambito di una più ampia strategia aziendale di **prevenzione del rischio e tutela della sicurezza** di pazienti, operatori sanitari e utenti.

Finalità degli interventi

Le principali finalità degli investimenti finanziati a valere sul PNC possono essere sintetizzate come segue:

- **ristrutturazione e realizzazione di interventi di adeguamento sismico** delle strutture afferenti al patrimonio immobiliare del Servizio Sanitario Nazionale, in conformità alla normativa antisismica vigente;
- **attuazione di interventi pluriennali di consolidamento strutturale e miglioramento sismico**, finalizzati al rinnovo, alla modernizzazione e all'adeguamento del quadro fisico e tecnologico degli immobili destinati alla sanità pubblica.

Inquadramento programmatico e stato di attuazione

(*Missoione 6 – Salute, Componente 2, Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” – M6C2 1.2*)

L'impegno dell'Ufficio Speciale PNRR si colloca nell'ambito della **Missoione 6 – Salute, Componente 2, Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”**, finanziato con risorse del **Piano Nazionale Complementare**.

Con riferimento all'intervento principale, l'obiettivo è **l'adeguamento delle strutture ospedaliere alle vigenti normative antisismiche**. A tal fine, l'Azienda ha individuato quale ambito prioritario di intervento il **Presidio Ospedaliero “San Giovanni Bosco”**, con particolare riferimento al **corpo C**, sede di funzioni caratterizzate da elevata affluenza e rilevanza assistenziale, tra cui reparti di degenza e Pronto Soccorso.

Iter procedurale

Per la realizzazione dell'intervento:

- è stato preliminarmente affidato il **servizio di ingegneria e architettura** per la redazione dello **Studio di Fattibilità Tecnica ed Economica (SFTE)**;
- si è proceduto alla **verifica dello SFTE** mediante organismo di verifica esterno, alla successiva validazione e approvazione;
- è stata quindi affidata, tramite **procedura aperta di gara, la progettazione definitiva ed esecutiva e l'esecuzione dei lavori**, nel rispetto della **milestone T1-2023** prevista dal PNC;
- una volta individuata l'impresa affidataria e nominato il **Direttore dei Lavori**, sono state effettuate le verifiche di conformità dei progetti definitivo ed esecutivo.

Avanzamento lavori e gestione delle criticità

Alla data attuale, i lavori risultano in **regolare corso di esecuzione**, con uno **stato di avanzamento fisico pari a circa il 60%**. La conclusione degli interventi è prevista nel rispetto delle **tempistiche stabilite dal Piano Nazionale Complementare**.

Nel corso dell'esecuzione sono emerse alcune criticità legate alla **compresenza delle attività sanitarie ordinarie** del Presidio Ospedaliero interferenti con le lavorazioni di cantiere. Tali criticità sono state superate mediante:

- la realizzazione di **locali idonei alla temporanea delocalizzazione** delle attività sanitarie interessate;
- la **rimodulazione delle fasi operative dei lavori**, al fine di garantire la continuità dei servizi essenziali.

Ulteriori problematiche hanno riguardato la presenza di **reti impiantistiche e locali tecnici esistenti**, in parte non precedentemente censiti, interferenti con le lavorazioni previste. Anche tali interferenze sono state in larga parte risolte attraverso la **realizzazione di nuove reti di distribuzione impiantistiche** e la creazione di **centrali tecnologiche delocalizzate**.

Nel loro complesso, gli interventi in corso contribuiscono in modo significativo non solo all'**adeguamento sismico** del Presidio Ospedaliero, ma anche al **processo di ammodernamento infrastrutturale e tecnologico** della struttura, con benefici duraturi in termini di sicurezza, efficienza e qualità dei servizi sanitari erogati.

Ulteriori interventi finanziati dal PNC

(PNC – Investimento 1: Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima – Sub-investimento 1.1)

Nell'ambito del **PNC – Investimento 1 “Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima”**, Sub-investimento 1.1, finalizzato al **rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi del SNPS–SNPA**, risultano eseguiti e/o in corso di esecuzione interventi presso le seguenti strutture territoriali:

- **Via Chieti**;
- **Ex compendio Frullone** (aulario per la formazione e nuova voliera afferente all’Ospedale Veterinario);
- **Isola di Capri** (Uffici del Dipartimento di Prevenzione).

Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC)

Annualità 2014–2020

Il **Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC)** costituisce, unitamente ai Fondi strutturali europei, il principale strumento finanziario per l’attuazione delle politiche di **coesione economica, sociale e territoriale**, finalizzate alla riduzione degli squilibri economici e sociali del Paese, in attuazione dell’articolo 119, comma 5, della Costituzione e dell’articolo 174 del Trattato sul Funzionamento dell’Unione Europea.

Il finanziamento in oggetto, deliberato dal **CIPESS nell’anno 2018**, afferisce al **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) “Centro Storico di Napoli”**, sottoscritto tra il **Ministero della Cultura (MiC)** e il **Comune di Napoli**.

Il CIS comprende complessivamente **10 interventi**, tra i quali rientra quello relativo al **Presidio territoriale SS. Annunziata**, per il quale il soggetto attuatore è l’ASL Napoli 1 Centro.

Per la realizzazione dell’intervento si è proceduto all’affidamento della **progettazione definitiva ed esecutiva**, nonché dei **lavori**, mediante gara d’appalto con procedura aperta, nel rispetto della normativa vigente in materia di contratti pubblici.

Stato delle autorizzazioni e criticità

Con riferimento alle criticità riscontrate, si rappresenta quanto segue:

- le autorizzazioni rilasciate ai sensi della normativa di settore, incluse quelle della **Soprintendenza**, risultano acquisite; è attualmente in corso di definizione la sola **autorizzazione antincendio**, per la quale è stata richiesta una seconda valutazione a seguito della modifica di alcuni percorsi di esodo;
- le criticità di natura **logistica e funzionale**, connesse alla cantierizzazione degli spazi e alla necessità di garantire la continuità delle attività sanitarie, saranno superate mediante l’installazione di **strutture modulari temporanee**, destinate ad accogliere le attività attualmente svolte presso il presidio.

In base al **cronoprogramma aggiornato**, trasmesso al Ministero della Cultura, la conclusione dell’intervento è prevista entro il **31 dicembre 2026**, mentre l’ultimazione delle attività di **rendicontazione** è fissata al **31 gennaio 2027**.

Annualità 2021–2027

Con **Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 504 del 24 settembre 2024**, è stato preso atto dell’**Accordo per la Coesione** tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Regione Campania, ai sensi dell’art. 1, comma 178, lettera d), della legge n. 178 del 30 dicembre 2020.

Nell’ambito del **FSC 2021–2027**, l’ASL Napoli 1 Centro ha finanziato:

- **gran parte degli interventi di recupero e rifunzionalizzazione del Presidio Ospedaliero di Santa Maria del Popolo degli Incurabili**;
- **integralmente** l’intervento di **recupero e rifunzionalizzazione dell’ex Cinema Rivoli**.

Tali interventi si inseriscono in una strategia di valorizzazione del patrimonio immobiliare sanitario e di rafforzamento dell’offerta assistenziale nel contesto urbano di riferimento.

Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES)

Il **Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES)** è un'iniziativa nazionale finalizzata a **rafforzare i servizi sanitari e garantire un accesso più equo alle cure**, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili.

Il Programma è orientato allo sviluppo di un'azione di sistema e di **capacitazione dei servizi sanitari regionali**, con riferimento alle **sette Regioni considerate meno sviluppate**, caratterizzate da maggiori criticità finanziarie e organizzative e da livelli inferiori di raggiungimento degli standard nazionali, inclusi i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**.

Il PNES si articola in **quattro aree prioritarie**, tra cui:

- il contrasto alla **povertà sanitaria**;
- il rafforzamento della **copertura degli screening oncologici**;
- ulteriori ambiti di intervento finalizzati al miglioramento dell'equità e dell'accessibilità ai servizi.

Interventi realizzati – Annualità 2021–2027

Nell'ambito dell'annualità **PNES 2021–2027**, l'ASL Napoli 1 Centro ha realizzato i seguenti interventi:

- **Consultorio Familiare – DSB 25**;
- **Centro Formativo post lauream** presso l'ex **Ospedale Psichiatrico “Leonardo Bianchi”**.

Tali interventi contribuiscono al rafforzamento dell'offerta territoriale e formativa, in coerenza con gli obiettivi di equità, prossimità e inclusione perseguiti dal Programma.

PROGRAMMA ANTINCENDIO STATO DELL'ARTE

L'attuale quadro normativo in materia di prevenzione incendi è fondato su un **approccio prestazionale**, orientato alla valutazione analitica del rischio e alla definizione di misure proporzionate, superando una logica meramente procedurale.

Il riferimento normativo principale è rappresentato dal **D.P.R. 1° agosto 2011, n. 151**, che individua le attività soggette ai controlli di prevenzione incendi da parte del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

Inquadramento normativo delle strutture sanitarie

Nel contesto della normativa vigente, l'assoggettabilità delle strutture sanitarie ai controlli di prevenzione incendi è disciplinata dal **D.P.R. 151/2011 – Attività n. 68**, ed è differenziata in funzione della tipologia assistenziale e delle caratteristiche dimensionali delle strutture:

- **Strutture con ricovero** (ospedali, RSA): per i presidi che prevedono ricovero a ciclo continuativo o diurno, l'obbligo di attivazione dell'iter tecnico-amministrativo presso il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco sussiste al superamento della soglia dei **25 posti letto**.
- Il procedimento prevede la valutazione preventiva del progetto e si conclude con la presentazione della **SCIA antincendio**, propedeutica al rilascio del **Certificato di Prevenzione Incendi (CPI)**;
- **Strutture senza ricovero** (ambulatori, Case della Comunità, centri diurni): le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali sono soggette ai controlli di prevenzione incendi qualora superino una **superficie lorda di 500 mq**. In tali casi, l'adeguamento deve essere conforme al **Codice di Prevenzione Incendi**, con riferimento alle specifiche attività classificate (frequentemente attività 68.2.A).

In entrambi i casi, la progettazione antincendio è finalizzata al rispetto degli standard di sicurezza previsti dal **D.M. 19 marzo 2015**, integrando le misure strutturali con un adeguato **Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA)**, volto alla tutela dell'incolumità di pazienti, operatori e visitatori.

Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA)

Attraverso l'adozione e l'implementazione del **SGSA**, l'ASL Napoli 1 Centro ha tradotto gli obblighi normativi in **prassi operative strutturate**, che includono:

- la formazione e l'aggiornamento continuo del personale;
- la manutenzione programmata degli impianti e dei presidi antincendio;

- il monitoraggio costante delle condizioni di sicurezza delle strutture.

Il SGSA costituisce, pertanto, uno strumento essenziale per garantire che ogni presidio sanitario operi in un **ambiente protetto, controllato e conforme** alla normativa vigente.

Governance e Tavolo Operativo permanente

In un contesto sanitario caratterizzato da elevata complessità organizzativa e normativa, l'istituzione del **Tavolo Operativo permanente per la sicurezza antincendio** rappresenta una **scelta strategica di governance**, finalizzata a garantire il coordinamento sistematico delle attività di prevenzione incendi.

Il Tavolo Operativo permanente svolge una funzione di **coordinamento strategico e tecnico**, assicurando:

- il **monitoraggio continuo** dello stato di avanzamento dei progetti e dei procedimenti autorizzativi presso il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco;
- il **coordinamento multidisciplinare** tra le strutture aziendali competenti (U.O.C. Pianificazione Progettazione e U.O.C. Manutenzione) e i professionisti esterni incaricati;
- la **pianificazione del fabbisogno di risorse**, con particolare riferimento al personale addetto alla sorveglianza attiva antincendio, al fine di garantire la continuità operativa in condizioni di sicurezza.

Il Tavolo ha definito specifiche priorità metodologiche, tra cui:

- la redazione e l'aggiornamento del **Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio**, illustrato dal Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA);
- la verifica rigorosa degli **organici delle squadre antincendio** nei presidi ospedalieri, in conformità al D.M. 19 marzo 2015.

Stato di avanzamento – Pareri favorevoli acquisiti

Nell'ambito delle attività di adeguamento antincendio, sono stati acquisiti i seguenti **pareri favorevoli ai progetti**:

- Presidio Territoriale SS. Annunziata** – nota prot. n. 0030340 del 16.05.2025;
- Presidio Ospedaliero Pellegrini** – nota prot. n. 0055276 dell'08.09.2025;
- Presidio Ospedaliero San Gennaro dei Poveri** – nota prot. n. 0057776 del 17.09.2025.

Strutture territoriali e integrazione con il PNRR

Particolare attenzione è rivolta alle **strutture territoriali**. Nell'ambito degli interventi finanziati dal **PNRR**, la sicurezza antincendio è stata **integrata sin dalla fase progettuale** nelle nuove funzioni delle **Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità**.

Sono stati redatti i **piani di evacuazione** per le nuove Case della Comunità, attraverso una mappatura puntuale delle sedi, distinguendo:

- le strutture soggette a **parere preventivo** dei Vigili del Fuoco;
- le strutture per le quali è possibile procedere direttamente mediante **SCIA antincendio**.

Obiettivi

L'obiettivo strategico del Programma è il **completamento degli interventi di adeguamento antincendio** e il conseguimento dei **Certificati di Prevenzione Incendi (CPI)** definitivi, assicurando che l'espansione e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio avvengano in **contesti strutturalmente sicuri**, adeguatamente presidiati e coerenti con i più elevati standard di sicurezza.

LA CONSISTENZA DEL PARCO TECNOLOGICO, STATO DI OBSOLESCENZA E APPARECCHIATURE CRITICHE O DA DISMETTERE.

(elaborazione del piano di rinnovo è stato curato dalla U.O.C. ingegneria clinica)

La gestione del parco tecnologico aziendale rappresenta una leva strategica per la creazione di valore pubblico, la sicurezza delle prestazioni sanitarie e la corretta programmazione degli investimenti, anche in relazione alle opportunità offerte dal PNRR. L'analisi della consistenza, dello stato di obsolescenza e delle priorità di rinnovo delle tecnologie biomediche è riportata nell'Allegato al PIAO, quale base conoscitiva a supporto delle scelte programmatiche e degli interventi di ammodernamento.”

VALORE PUBBLICO: EFFICIENTAMENTO ENERGETICO E RIDUZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE



**A CURA DI U.O.C. M.I.I.T.
U.O.C. MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA IMMOBILI ED IMPIANTI TECNICI**

Via Don Bosco 4/f – 80141 – Napoli – tel. 081-254.58.43

email gmii@aslnapoli1centro.it / **PEC** uoc.tecnicocentrale@pec.aslna1centro.it

I servizi sanitari, a cominciare dagli ospedali, hanno – come ogni altra attività umana – un impatto ambientale, valutabile in termini di impronta ecologica, vale a dire gli ettari di aree agricole o marine del pianeta necessari per produrre le corrispondenti risorse consumate.

Si stima che tutte le attività riferibili al settore sanitario – gestione degli edifici dedicati, erogazione dei servizi, utilizzo di farmaci e dispositivi medici, smaltimento dei rifiuti, trasporti e così via – contribuiscano al 4-5% delle emissioni in atmosfera di gas clima-alteranti, un valore molto significativo, non distante da quello attribuito all'intero trasporto aereo.

Intervenire sull'impronta ecologica dei servizi sanitari è molto importante anche perché le attività correlate al settore rappresentano una quota considerevole del PIL, pari all'8,3% in Europa e all'8,7% in Italia, senza considerare la forte influenza sulle molte altre attività economiche a cui sono intimamente connesse.

Ecco un elenco di interventi possibili a fini della riduzione dell'impronta energetica:

- ridurre le emissioni di gas-serra degli edifici;
- massimizzare l'efficienza energetica dei fabbricati;
- favorire, ove possibile, l'illuminazione e la ventilazione naturale degli ambienti;
- ottimizzare l'utilizzo degli spazi;
- impiegare fonti luminose a tecnologie LED;
- aumentare gli spazi verdi;
- limitare i trasferimenti;
- sviluppare strategie di telemedicina e di comunicazione digitale come alternativa ai colloqui diretti, compresi i convegni e gli incontri di formazione;
- realizzare depositi protetti per biciclette;
- promuovere un'alimentazione sana e sostenibile;
- modificare i menu del personale e dei malati al fine di ridurre il consumo di carni lavorate, grassi saturi e cereali raffinati;
- valorizzare i prodotti locali;
- eliminare le bevande zuccherate dai distributori automatici;
- avviare progetti di recupero degli scarti alimentari e del cibo non consumato;
- ridurre la sovra prescrizione e, quando possibile, scegliere farmaci e modalità di somministrazione con minor impatto sull'ambiente;
- preparare confezioni di farmaci con quantità minime;
- curare lo smaltimento differenziato;
- migliorare l'appropriatezza delle cure.

A tale ultimo riguardo, va evidenziato che le prestazioni sanitarie inappropriate, inutili e perfino dannose consumano il 20-30% delle risorse dedicate alla sanità. Si tratta di un fenomeno molto preoccupante: l'OMS e l'OCSE considerano il controllo dell'eccesso di prestazioni sanitarie una tra le più importanti misure di contenimento dell'impronta ecologica dei servizi sanitari, oltre che un valido strumento di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Tanto premesso, obiettivo dell'ASL Napoli 1 Centro è sensibilizzare tutti propri operatori verso le tematiche dell'efficienza energetica e indurre comportamenti virtuosi ed esemplari, tali da ispirare cambiamenti sociali e ambientali rapidi e di ampia portata, così come è accaduto con il fumo di tabacco.

Per questa ragione, nel triennio 2024-2026 sarà messo a punto un set di indicatori finalizzato alla misurazione della riduzione dell'impatto ambientale delle attività sanitarie ed un correlato sistema incentivante, integrato nel budget annuale di produttività assegnato alle strutture.

Il dipendente, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di riduzione dei consumi energetici, potrà diventare protagonista del cambiamento e farsi promotore di una nuova cultura, più attenta alla riduzione degli sprechi, che potrà trasferire ad amici e parenti.

L'ASL Napoli 1 Centro invierà a tutti i dipendenti un'informativa con una serie di misure da adottare per contenere i consumi ed evitare gli sprechi, nell'ottica del risparmio e della salvaguardia ambientale, insieme con una guida operativa per un modello innovativo di sanità pubblica, basato sull'integrazione di discipline diverse e sulla consapevolezza che la salute umana e la salute dell'ecosistema siano indissolubilmente legate fra loro.

Campagna di sensibilizzazione al personale dipendente sul risparmio energetico	A	Comunicazione a tutti i dipendenti via email	Comunicazione inviata	
		Affissione dépliant in tutti gli edifici aziendali	Dépliant affissi in tutti gli edifici	

Tratto dalla Nota circolare n. 2/2022 del Ministero della Funzione Pubblica

“... In previsione del prossimo ciclo di programmazione e alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, il Dipartimento della funzione pubblica intende evidenziare l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico.

Si rammenta a tal proposito che, per aumentare la sicurezza dell'approvvigionamento energetico, l'Unione europea è intervenuta con il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023.

Il Dipartimento ha già fornito a riguardo indicazioni operative nel documento “Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione”, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

In questa sede si invitano pertanto tutte le pubbliche amministrazioni a valutare l'opportuno inserimento, tra gli obiettivi della Sezione “Valore pubblico, performance, anticorruzione” del PIAO, di specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

L'azione di efficientamento potrà inoltre essere adeguatamente supportata anche attraverso leve premiali messe a disposizione dall'ordinamento, come il c.d. “dividendo dell'efficienza”. In base alla legislazione vigente, infatti, una quota parte delle eventuali economie derivanti da riduzioni di spesa possono essere utilizzate per finanziare la contrattazione integrativa e per attivare gli istituti premianti previsti dall'articolo 19 del d.lgs n. 150/2009. A tal proposito si rimanda alle indicazioni per la destinazione alla contrattazione integrativa delle economie conseguite dalle amministrazioni per effetto dell'articolo 61, comma 17 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 e dell'articolo 16, commi 4 e 5 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, contenute nella Circolare n. 13/2011 del Dipartimento della funzione pubblica...”.

L'Unione europea è intervenuta poi con il Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023 e con successivo Regolamento di modifica 2023/706 per prorogare dal 01/04/2023 al 31/03/2024 il periodo di applicazione delle misure di riduzione della domanda di gas del 15% e rafforzare la comunicazione e il monitoraggio della loro attuazione

OBIETTIVI DI EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

L'ASL Napoli 1 Centro intende promuovere soluzioni per accrescere l'efficienza energetica e il contenimento dei consumi energetici attraverso azioni e soluzioni innovative che, in via prioritaria, sono orientate agli interventi di ristrutturazione in corso. Visti gli elevati consumi energetici tipici delle strutture ospedaliere, i nuovi interventi prevedono l'installazione di apparecchiature ad elevatissima efficienza energetica.

Il risparmio di energia è legato anche alle moderne tecnologie d'illuminazione. Se ne terrà conto nella scelta della tipologia degli apparecchi. Le lampade e gli apparecchi moderni riducono drasticamente i consumi, migliorando altresì la qualità della luce. Negli interventi di rifacimento verrà prevista la riqualificazione degli impianti di illuminazione, con installazioni di apparecchi a LED. L'installazione dei corpi illuminanti a LED riduce la potenza installata, il che comporta, oltre a un minor consumo, un minore carico delle linee e una riduzione della perdita di energia per surriscaldamento degli impianti di distribuzione elettrica. Sarà prevista l'installazione di apparecchi illuminanti dotati di driver elettronico che offre la possibilità di regolare il flusso luminoso e adeguarlo alle esigenze correnti.

Per il triennio 2024-2026 tra gli obiettivi vi è la necessità di adesione a nuove Convenzioni Consip per fornitura di luce, gas ed acqua al fine di garantire la riduzione dei costi energetici per l'Azienda, nonché intervenire mediante l'esecuzione di attività manutentiva e di ammodernamento per l'efficientamento energetico delle strutture aziendali, con il duplice fine di ridurre il consumo di energia primaria e promuovere l'utilizzo delle rinnovabili mediante l'installazione di impianti fotovoltaici.

Difatti, l'installazione di pannelli fotovoltaici sulle varie strutture dislocate sul territorio vuol dire ridurre al minimo i consumi dell'energia elettrica, una voce decisamente importante gravante sul bilancio aziendale.

Trasformare l'energia solare in energia elettrica senza l'uso di combustibili fossili vuol dire abbattere notevolmente la produzione di anidride carbonica, un passo decisamente importante per coloro che sono sempre più informati ed interessati alle tematiche ambientali.

Il fotovoltaico può dare nuova vita ai tetti che hanno bisogno di manutenzione e dunque con un solo investimento, si produrrà energia elettrica e si abbelliranno gli edifici e le aree aziendali.

In ogni caso, le attività manutentiva e di ammodernamento delle strutture su cui intervenire, saranno individuati anche in considerazione della tipologia, della morfologia delle zone interessate, delle normative e dei vincoli vigenti in merito alla protezione paesaggistica e territoriale e della conseguente fattibilità tecnica dei seguenti possibili interventi:

- strutture opache orizzontali: isolamento coperture (esterno, interno, copertura ventilata);
- strutture opache orizzontali: isolamento pavimenti (esterno, interno);
- strutture opache verticali: isolamento pareti perimetrali (esterno, interno, parete ventilata);
- sostituzione di chiusure trasparenti, comprensive di infissi;
- installazione di lampade ad alta efficienza;
- installazione di lampade a led;
- installazione di tecnologie di *building automation*;
- sostituzione scaldacqua con scaldacqua a pompe di calore;
- sostituzione di impianti di climatizzazione invernale esistenti con impianti utilizzanti generatori di calore a condensazione o dotati di pompe di calore elettriche o a gas;
- installazione di sistemi di schermatura e/o ombreggiamento fissi, anche integrati, o mobili;
- sostituzione di corpi illuminanti comprensivi di lampade per l'illuminazione degli interni;
- installazione di collettori solari termici, anche abbinati a sistemi di solar cooling;
- installazione di impianti fotovoltaici sugli edifici la cui produzione, per almeno il 70%, deve essere destinata all'autoconsumo;
- installazione di unità di cogenerazione per la climatizzazione degli ambienti e per la produzione di acqua calda sanitaria.

L'attività dell'Azienda finalizzata a conseguire un maggior risultato in termini di risparmio energetico è tutt'ora in corso, anche attraverso la realizzazione di interventi edili finanziati dal PNRR Missione 6 Salute, che ha previsto al suo interno cospicui miglioramenti impiantistici, attraverso l'installazione, all'interno delle strutture sanitarie, di apparecchiature all'avanguardia per il recupero del calore e per la riduzione consistente del consumo di energia elettrica reattiva, oltre alla costruzione ex novo di numerose centrali per la trasformazione dell'energia elettrica di media tensione, tese al soddisfacimento della risorsa energetica delle nuove strutture sanitarie, che

saranno disponibili per l'utenza a seguito della realizzazione, già iniziata, delle opere del PNRR. Inoltre, in aggiunta sono state già iniziate nuove installazioni di impianti fotovoltaici e programmate installazioni di altri analoghi a breve termine, con l'aggiunta di produzioni di acqua calda con sistemi a solare termico ed ulteriori autoproduzioni elettriche con il recupero del calore degli impianti a funzionamento con gas naturale, mediante la tecnologia della cogenerazione.

Nell'ambito dell'ASL Napoli 1 Centro, l'Ospedale del Mare è senz'altro un modello da seguire ed è già



perfettamente compliant con le disposizioni del protocollo di Kyoto. Sul tetto della struttura sono stati installati 4.500 metri quadrati di pannelli fotovoltaici che generano 825 MWh all'anno, pari al 15% del fabbisogno, e consentono un risparmio medio annuo di 230.000 euro e 365 tonnellate di emissioni di anidride carbonica. L'Ospedale è dotato altresì di un sistema di cogenerazione da 3,5 MW (che copre un terzo del fabbisogno), di facciate ventilate, di infissi in alluminio anodizzato a taglio termico con vetrocamere ad elevate prestazioni, di illuminazione interna ed esterna con tecnologia LED.

Le scelte e gli investimenti tecnologici effettuati presso l'Ospedale del Mare sono state confortate da eccellenti risultati ottenuti in termini di efficientamento energetico, di minori oneri economici e, quindi, di sostenibilità. La Direzione generale dell'Asl Napoli 1 Centro ha già avviato le valutazioni necessarie per attuare soluzioni analoghe a beneficio di altri ospedali e strutture di competenza.

Altro intervento eseguito di recente per l'efficientamento energetico è stata l'installazione di un impianto fotovoltaico a servizio del Plesso Centrale "Frullone" della potenza di 20 KWP estendibile fino a 50 KWP.

RISORSE ENERGETICHE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO

Il sistema integrato delle risorse energetiche dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro è normato dalle regole e dagli indirizzi emanati dall'Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente (ARERA), che è un'autorità amministrativa indipendente della Repubblica Italiana e che ha la funzione di favorire lo sviluppo di mercati concorrenziali nelle filiere elettriche, del gas naturale, dell'acqua potabile, del teleriscaldamento/tele raffrescamento e dello smaltimento dei rifiuti, principalmente tramite la regolazione tariffaria, dell'accesso alle reti, dello standard di qualità dei servizi, del funzionamento dei mercati italiani e la tutela dei clienti e degli utenti

finali. In base alle normative e agli indirizzi emanati da ARERA, il sistema energetico della Azienda Sanitaria è formato dalle forniture elettriche, dalle forniture del gas naturale e dalle forniture idriche.

Tutte le forniture energetiche sono suddivise in due primi macro aggregati, consistenti in strutture istituzionali e strutture a reddito. Le forniture delle strutture istituzionali sono finalizzate al funzionamento dei servizi sanitari che compongono l'azienda e suddivise in quattro grandi aggregati:

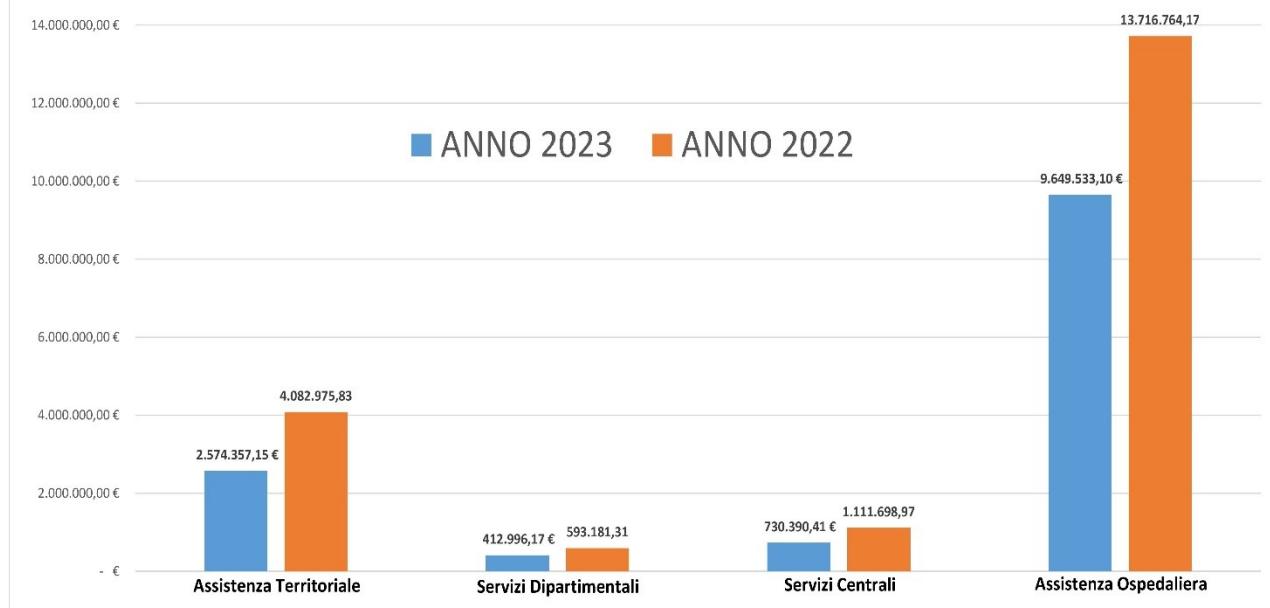


Tutte le strutture posseggono le forniture elettriche ed idriche e quasi la totalità possiede una fornitura di gas naturale. La gestione energetica è suddivisa in elettrica, gas naturale ed idrica ed è composta da 83 strutture istituzionali, di cui 81 ubicate sul territorio del comune di Napoli e 2 ubicate sul territorio dell'isola di Capri.

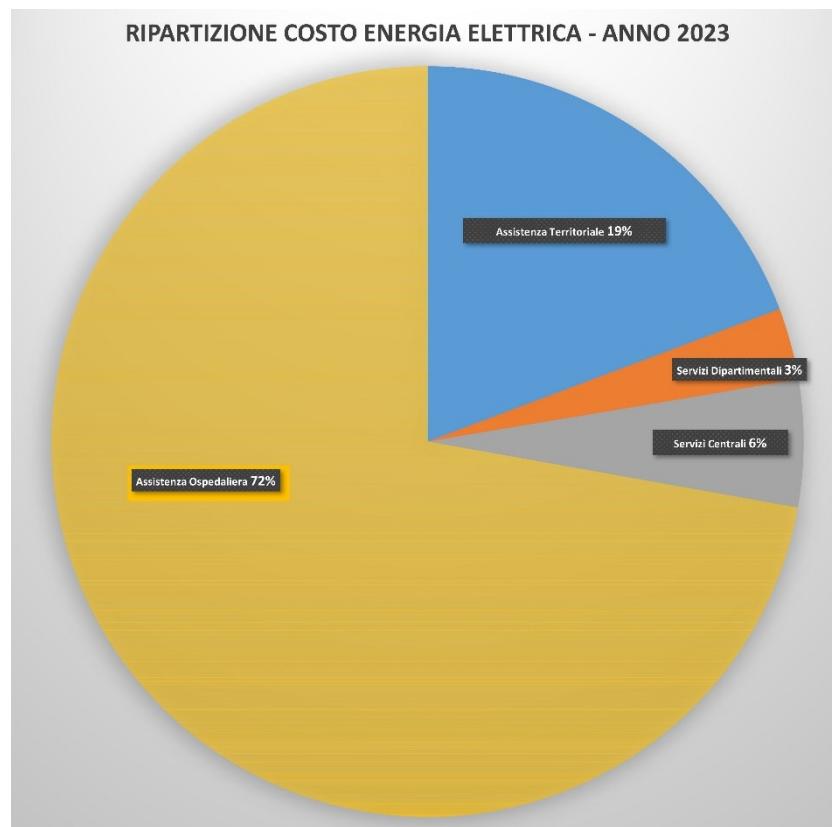
La riorganizzazione finalizzata al risparmio è iniziata nell'anno 2021, con l'attuale gestione aziendale ed ha interessato da subito il riassetto dei contratti energetici, con l'eliminazione di 32 forniture elettriche e 14 forniture di gas naturale.

Tutte le 83 forniture elettriche sono contrattualizzate direttamente dall'Azienda e sono state nel corso dell'anno 2024 interamente monitorate, per costituire i dati di partenza della gestione energetica, sia in termini di consumi che di costi mensili, per ciascuna singola fornitura e sono oggi in uscita dal mercato di ultima istanza (FUI) ed in ingresso nel mercato libero, mediante l'adesione alla convenzione CONSIP, per il conseguimento di un risparmio economico stimato, valutazione quest'ultima stimata al netto di eventuali rincari causati da eventi eccezionali, quali guerre e calamità naturali. A questo significativo risparmio è da aggiungersi l'ottimo risultato dato dall'autoproduzione di energia elettrica, conseguito dal moderno Ospedale del Mare con i pannelli solari installati, che per l'anno 2022 e con inizio dal solo mese di aprile, ha prodotto in 9/12 di anno 655.623,81 KWh. Tale risultato ha un valore economico di € 458.936,67, tenuto conto che a lordo di imposte e tasse nel corso del 2022, l'energia elettrica è costata € 0,70 a KWh, calcolata sulla sola energia attiva addebitata in bolletta, relativamente ai consumi effettuati dall'ospedale per il soddisfacimento del fabbisogno.

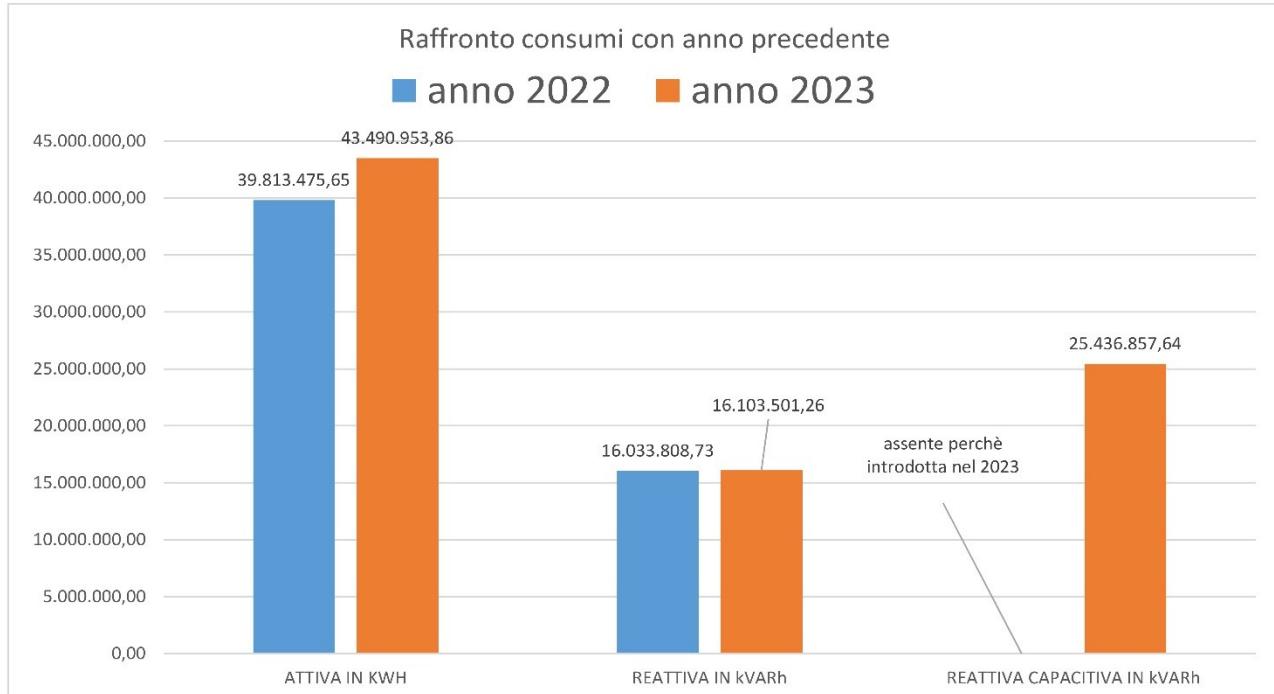
CONFRONTO DELLA SPESA CON L'ANNO PRECEDENTE



Nell'anno 2023 il consumo di energia elettrica ha avuto, sui 13.367.276,83 di euro spesi, la seguente suddivisione percentuale:



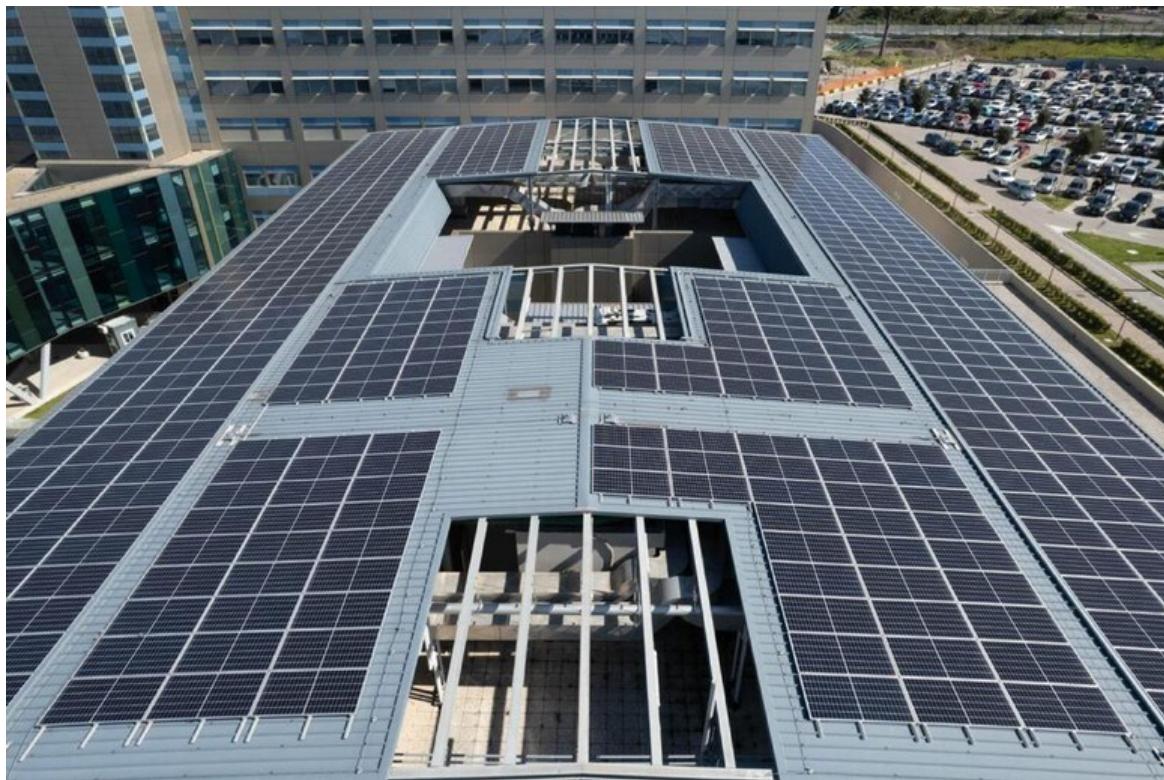
I consumi per l'energia elettrica nel corso dell'anno 2023 hanno avuto le seguenti proporzioni:



In relazione alla fornitura di Energia elettrica relativa all'anno 2024 (fino a novembre 2023), mediante adesione a nuova Convenzione Consip, da rendicontazione risulta liquidato l'importo pari ad € 7.034.506,44 (IVA inclusa) con evidente risparmio rispetto al precedente anno.

Per quanto attiene le forniture di gas metano dell'Azienda sanitaria, esse sono relative ai soli immobili istituzionali finalizzati all'erogazione dei servizi sanitari e sono suddivise in due settori interni, quello territoriale e quello ospedaliero con l'aggiunta di alcuni presidi territoriali, in funzione della gestione dei multiservices manutentivi a cui l'Azienda ha aderito. Tale suddivisione è scaturita dalla situazione contrattuale di partenza trovata, dove le forniture di gas naturale alle strutture sanitarie territoriali, centrali e dipartimentali sono incluse nel canone mensile omnicomprensivo di manutenzione degli impianti idrici e termici, con la inclusione della fornitura di gas naturale. L'attività svolta per la parte ospedaliera, contrattualizzata direttamente dall'azienda sanitaria, ha condotto oltre alla riduzione immediata delle 14 forniture di gas naturale, anche l'uscita dal mercato di ultima istanza ed all'ingresso in convenzione CONSIP sin dall'anno 2021. l'Azienda ha aderito per il terzo anno alla convenzione per le pubbliche amministrazioni con il nuovo fornitore, convenzione quest'ultima in partenza dal 1° aprile 2023.

Infine dalla rendicontazione effettuata afferente la fornitura di gas per l'anno 2024 (fino al mese di novembre 2024) è emerso altro notevole risparmio con una spesa complessiva pari a circa € 1.987.182,68 iva compresa.



Si veda TGR Campania: "Le risposte alla crisi energetica - Ospedale del Mare green, col fotovoltaico risparmiati 230.000 euro"

- <https://www.rainews.it/tgr/campania/video/2022/09/watchfolder-tgr-campania-web-ed-1-vitiello-fotovoltaico-ospdel-maremx-5aa15956-e5ef-4ca9-a2d6-167be7b6249a.html>

SEZIONE 3

VALORE PUBBLICO,

Organizzazione e valore umano

Con sottosezioni.

1. **Struttura organizzativa**
2. **Valorizzazione Capitale umano e Organizzazione del lavoro agile**
3. **Piano triennale del fabbisogno di personale**
4. **Formazione del personale**
5. **Piano Triennale di Azioni Positive**

1 Sottosezione: Struttura organizzativa

Con Delibera n°562 del 11 aprile 2023 si è provveduto alla “Adozione dell’Atto Aziendale in conformità alla programmazione regionale DCA n°103/2018 (e successiva D.G.R.C. n° 378/2020) e DCA n°83/2019 (come integrato e modificato dalla D.G.R.C. n°682/2022) dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro”.



ATTO AZIENDALE

ASL Napoli 1 Centro
Città di Napoli e Isola di Capri

Approvato con DGRC n. 390 del 30.06.2023
Approvato con Delibera DG n. 1308 del 13.07.2023

sistema complesso di vincoli, obiettivi e responsabilità coerenti con la necessità di assicurare il raccordo con gli obiettivi di finanza pubblica, nel più ampio contesto dello scenario regionale di rispetto dei vincoli e degli obiettivi fissati dal Piano di Rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale.

Con nota prot. n°95454 del 11 aprile 2023 la Delibera n°562/2023 - unitamente all’adottato Atto Aziendale - è stata trasmessa alla Direzione Generale per la Tutela della salute per le determinazioni conseguenziali di competenza regionale.

Con delibera n. 1308 del 13.07.2023 l’Atto Aziendale è stato adeguato alle prescrizioni di cui alla delibera GRC n. 390 del 30.06.2023.

Nell’Atto aziendale²⁷ sono riportate tutte le modifiche organizzative apportate alla struttura aziendale ; con esso è stato allineato l’assetto organizzativo dell’Azienda alle più recenti linee guida regionali e, più in generale, al Piano Sanitario Regionale della Regione Campania.

La strutturazione dell’Atto Aziendale è tesa a valorizzare il ruolo dell’autonomia imprenditoriale dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro mediante il ricorso a forme e strumenti di intervento tipici del “diritto privato” e dunque del Codice Civile ed in particolare alla “governance”, intesa come

²⁷ Disponibile al link:

https://www.aslnapoli1centro.it/documents/20121/2680695/Atto_Aziendale+07+2023+%281%29.pdf/5e49c750-87d0-3cf4-8131-289b36ee78d3?t=1707389570916

2 SOTTOSEZIONE: LA VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE²⁸

2.1 La valorizzazione del capitale umano

Il **capitale umano** rappresenta una risorsa strategica essenziale per l'Azienda e costituisce un fattore determinante per il perseguimento della missione istituzionale e per la **creazione di valore pubblico**, intesa come miglioramento della qualità, dell'efficacia e dell'accessibilità dei servizi resi ai cittadini. In tale prospettiva, l'ASL Napoli 1 Centro riconosce la valorizzazione delle competenze, delle professionalità e delle potenzialità del proprio personale quale leva fondamentale delle politiche di sviluppo e modernizzazione organizzativa.

L'Azienda garantisce la **tutela della sicurezza, della salute e del benessere nei luoghi di lavoro**, promuovendo condizioni organizzative idonee a favorire l'equilibrio tra vita professionale e personale, nonché assicurando l'esercizio della **libera professione intramuraria**, nel rispetto del quadro normativo vigente. È altresì riconosciuto quale valore fondamentale il **sistema strutturato di relazioni sindacali**, quale strumento di partecipazione, confronto e condivisione delle scelte organizzative. Considerato che le risorse umane costituiscono un **asset strategico** per la realizzazione degli obiettivi istituzionali, tra le principali linee di intervento finalizzate allo sviluppo e alla modernizzazione dell'apparato amministrativo e sanitario rientrano:

- la **valorizzazione delle risorse umane** attraverso il rafforzamento delle politiche di reclutamento e il progressivo superamento delle criticità connesse al fabbisogno di personale;
- il **perfezionamento delle modalità attuative del lavoro agile**, in un'ottica di flessibilità organizzativa e di miglioramento delle performance;
- l'**implementazione sistematica delle iniziative di formazione e aggiornamento**, finalizzate allo sviluppo delle competenze professionali, manageriali e digitali.

In tale quadro assumono un ruolo centrale le scelte relative alla **definizione e copertura del fabbisogno di personale**, allo **sviluppo delle competenze** e alla **valorizzazione di modelli organizzativi innovativi**, scelte che si collocano in una fase storica caratterizzata da profondi cambiamenti del contesto istituzionale e normativo.

Lo **sblocco del turn over**, la riforma della pubblica amministrazione e del lavoro pubblico avviata nell'ambito del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, nonché i recenti e futuri rinnovi dei contratti collettivi nazionali, hanno infatti posto le basi per un **cambio di paradigma nelle politiche di gestione del personale**, offrendo l'opportunità di realizzare interventi strutturali orientati alla modernizzazione e all'efficientamento degli assetti organizzativi.

In tale contesto, l'Azienda intende farsi interprete delle opportunità offerte dal nuovo quadro di riferimento, **rimettendo le persone al centro dell'azione amministrativa**, investendo in modo mirato sullo sviluppo del capitale umano e promuovendo processi di **innovazione organizzativa** coerenti con gli obiettivi strategici delineati nel PIAO.

2.2 L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA) - SMART WORKING

Per **lavoro agile (smart working)** si intende una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato caratterizzata dalla **flessibilità dei luoghi e dei tempi di svolgimento della prestazione**, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle esigenze organizzative dell'Amministrazione. L'organizzazione dell'attività lavorativa avviene per **fasi, cicli e obiettivi**, ed è disciplinata da uno **specifico accordo individuale** tra il dipendente e il datore di lavoro, in coerenza con il quadro normativo vigente.

²⁸ Il contenuto della presente sottosezione è stato curato dalla UOC Gestione Risorse Umane



L'obiettivo del lavoro agile è quello di **migliorare la produttività individuale e organizzativa**, favorendo al contempo **la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro**, senza pregiudicare la qualità e la continuità dei servizi resi all'utenza.

L'esperienza di **sperimentazione avviata nel periodo emergenziale pandemico** ha evidenziato come il ricorso al lavoro agile, se adeguatamente strutturato e

governato, possa rappresentare un **fattore di innovazione della cultura organizzativa**, superando una concezione della prestazione lavorativa rigidamente ancorata alla presenza fisica in una sede e a un orario predeterminati.

In tale contesto, l'ASL Napoli 1 Centro ha inteso sviluppare un **sistema di flessibilità organizzativa** orientato a:

- incrementare i livelli di **autonomia e responsabilità** dei dipendenti;
- migliorare l'efficienza dei processi di lavoro;
- valorizzare modelli organizzativi basati sul **raggiungimento dei risultati**.

L'attuazione del lavoro agile è calibrata sulle **specificità del contesto sanitario**, tenendo conto delle esigenze operative proprie delle strutture territoriali e ospedaliere e garantendo, in ogni caso, la **continuità e l'effettività dei servizi assistenziali e amministrativi**.

Su tali basi è stato sviluppato **il Piano Organizzativo aziendale²⁹ del Lavoro Agile³⁰ (POLA)** adeguato alle disposizioni normative vigenti (**documento riportato come allegato 16 del PIAO 2024-2026³¹**). Il **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** è finalizzato a individuare e disciplinare **modalità strutturate di svolgimento della prestazione lavorativa da remoto**, idonee a garantire, anche in presenza di condizioni personali o logistiche caratterizzate da specifiche limitazioni (connesse, ad esempio, allo stato di salute, alla situazione familiare o alla mobilità), una **effettiva conciliazione dei tempi di vita e di lavoro**, senza determinare penalizzazioni né per il personale né per l'Organizzazione.

Il POLA definisce, in particolare:

- le **misure organizzative** necessarie all'attuazione del lavoro agile;
- i **requisiti tecnologici e infrastrutturali** a supporto delle attività da remoto;
- i **percorsi formativi**, rivolti sia al personale sia alla dirigenza, finalizzati allo sviluppo di competenze organizzative, digitali e manageriali;
- gli **strumenti di rilevazione e verifica periodica dei risultati**, con riferimento al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, al livello di digitalizzazione dei processi e alla qualità dei servizi erogati.

²⁹ Il Regolamento si applica al personale appartenente all'area contrattuale del comparto e della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa e sanitaria del S.S.N. Il personale sanitario vi accede per le sole attività per le quali è ammissibile il lavoro agile o in quanto impossibilitato per motivi di salute a svolgere funzioni sanitarie.

³⁰ Il piano richiama i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, nonché i criteri di priorità per l'accesso allo stesso.

³¹ Disponibile al link: https://aslnapoli1centro.portaleamministrazione透明.it/contenuto15161_piao_711.html

Il Piano prevede, inoltre, modalità di **valutazione partecipata**, che includono il coinvolgimento dei cittadini, sia individualmente sia nelle loro forme associative, al fine di monitorare l'impatto del lavoro agile sulla qualità dei servizi e sull'accessibilità delle prestazioni.

L'obiettivo strategico del POLA è promuovere un **cambiamento culturale strutturale** all'interno dell'organizzazione, coerente con una logica di **change management**, orientata al superamento di modelli organizzativi tradizionali e alla valorizzazione del lavoro per obiettivi, risultati e responsabilità.

In tale contesto, l'ASL Napoli 1 Centro ha fornito indicazioni ai **Direttori di Dipartimento** affinché procedano:

- alla **mappatura delle attività effettivamente svolgibili in modalità agile**, nel rispetto delle esigenze funzionali delle strutture;
- all'attivazione del lavoro agile mediante la stipula di **accordi individuali**, nel quadro delle disposizioni organizzative e regolamentari vigenti.

Gli **accordi individuali di lavoro agile** sono stipulati tra l'Azienda e i dipendenti interessati e costituiscono lo strumento operativo attraverso il quale vengono disciplinati tempi, modalità di svolgimento della prestazione, obiettivi assegnati e criteri di monitoraggio dei risultati.

3. SOTTOSEZIONE: IL PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico principale dell'Azienda. La loro qualità rappresenta il determinante 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.

Annualmente l'Azienda definisce il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (P.T.F.P.) ai sensi del D. Lgs. n° 75 del 25.05.2017 e del D.P.C.M. del 08.05.2018, sulla scorta delle indicazioni della Regione Campania, contestualizzata con la realtà aziendale³² al fine di garantire adeguati livelli assistenziali e il corretto svolgimento delle attività elettive e di urgenza, incrementando anche il numero dei medici ed infermieri con il minimo necessario per effettuare turni di guardia ed attività di elezione e d'urgenza.

Sotto il profilo della disponibilità delle risorse umane, l'Azienda terrà conto delle opportunità offerte dall' art articolo 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 e delle relative indicazioni applicative diramate il 20 gennaio 2025 dal Ministro della Funzione Pubblica³³ che consentono di trattenere - entro determinati limiti - il personale, dirigenziale e non dirigenziale in servizio non oltre il compimento del settantesimo anno di età (in allegato la direttiva del Ministro Zangrillo).

Il Piano del Fabbisogno di Personale indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e evidenzia:

- la capacità di assunzione dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente,
- la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni;
- le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate;
- le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

³² Infatti, il profondo riassetto della rete ospedaliera e territoriale, la riconversione dei Presidi Ospedalieri, l'implementazione delle misure del PNRR e la completa operatività dell'Ospedale del Mare, impongono un'accurata valutazione delle risorse necessarie a garantire la piena erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia pur nel necessario rispetto della sostenibilità economica.

³³ https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/direttiva_trattenimento_in_servizio.pdf

Con riferimento al Piano dei Fabbisogni di Personale, si evidenzia che con deliberazione n. 1575 del 28/08/2024, allegata al presente PIAO, si è provveduto alla presa d'atto della D.G.R.C. n° 423 del 06/08/2024 *Approvazione PTFP ASL Napoli 1 Centro - Triennio 2023/2025* e all'approvazione definitiva del PTFP 2023/2025 dell'ASL Napoli 1 Centro. A riguardo, si rappresenta altresì che sono ancora in corso le attività istruttorie finalizzate alla predisposizione del PTFP triennio 2024/2026.

Di seguito si riporta la Tabella allegata alla suddetta deliberazione sulla cui base sono state espletate le procedure concorsuali e si è proceduto all'assunzione del personale per le suddette annualità.

Con deliberazione n. 5233 del 21/07/2025, l'Azienda ha preso atto della D.G.R. Campania n. 460 dell'11/07/2025 e della relativa Tabella A (pubblicata sul B.U.R.C. n. 50 del 21/07/2025) ed ha approvato in via definitiva il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2024–2026, precisando che le assunzioni programmate potranno essere oggetto di eventuali variazioni, modificazioni e integrazioni in relazione all'adozione del successivo PTFP 2025–2027 e/o a sopravvenute esigenze organizzative o normative (cfr. Allegato: Delibera n. 5233/2025).

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 103/202 allegata alla Delibera n. N. 5233 del 21/07/2025

TABELLA A - FABBISOGNO DI PERSONALE NEL RISPETTO DELLA DGRC 190/2023, DM 08.05.18 E DEL TETTO DI SPESA L. 191/09, DGRC 103/2025									
ASL NAPOLI 1 CENTRO	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2023	STANDARD AZIENDA DGRC 190/2023	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026	TOTALE STANDARD DM 77
RUOLO SANITARIO	4.869	7.414	243	2.545	2.445	514	1.171	760	540
Dirigenti Medici	1.288	1.842	67	554	504	130	265	109	24
Dirigenti Sanitari non medici	228	412	26	184	164	8	136	20	
di cui dirigenti professioni sanitarie	1				4	-	4	-	
di cui farmacisti	71				29	4	25	-	
di cui altri sanitari non medici	156	-			131	4	107	20	
Personale del comparto area sanitaria	3.353	5.160	150	1.807	1.777	376	770	631	516
di cui infermieri	2.744	3.582	128	818	818	270	275	273	190
di cui infermieri di famiglia	-	-			-	-	-	-	312
di cui ostetriche	66	98	-	30	30	9	15	6	-
di cui tecnici sanitari	306	644	-	338	308	7	180	121	-
di cui altro comparto sanitario	237	858	22	621	621	90	300	231	14
RUOLO SOCIOSANITARIO	658	1.105	73	447	447	341	76	38	240
Personale del comparto area socio-sanitaria	658	1.105	73	447	447	341	76	30	240
di cui OSS	553	985	57	432	432	335	67	30	207
di cui assistenti sociali	105	120	16	15	15	6	9	-	33
RUOLO TECNICO	404	747	2	343	306	40	107	159	-
Dirigenti	24	37	2	13	13	1	7	5	
Personale del comparto area tecnica	380	710	-	330	293	39	100	154	-
RUOLO PROFESSIONALE	33	58	-	26	26	5	10	10	-
Dirigenti	33	38	-	5	5	5	-	-	
Personale del comparto area professionale	-	20	-	20	20	-	10	10	
RUOLO AMMINISTRATIVO	897	1.174	6	277	277	136	50	91	121
Dirigenti	54	61	-	7	7	-	4	3	-
Personale del comparto area amministrativo	843	1.113	6	270	270	136	46	88	121
TOTALE	6.861	10.498	324	3.637	3.500	1.036	1.414	1.050	901

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

Nella tabella che segue si indica la dotazione di personale dipendente al 31.12.2025 suddiviso per ruolo

DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO AL 31/12/2025						
PERSONALE DIPENDENTE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	TOTALE	% SUL TOTALE	COMANDO ENTRATA	COMANDO USCITA
MEDICI E VETERINARI	1190	81	1271	17%		3
DIRIGENTI SANITARI	294		294	4%		
ALTRI DIRIGENTI	84		84	1%		7
DIRETTORI	98		98	1%		
TOTALE DIRIGENTI	1666	81	1747			
INFERMIERI	2841		2841	38%		7
ALTRI COLLABORATORI SANITARI	713	1	714	10%		1
COLLABORATORI TECNICI E PROFESSIONALI	105	1	106	1%		
ALTRÒ PERSONALE SANITARIO	7		7	0,1%		
ALTRÒ PERSONALE TECNICO	290		290	4%		
ASSISTENTI SOCIALI	100		100	1%		
OPERATORI SOCIO SANITARI	826		826	11%		1
AMMINISTRATIVI	826		826	11%		2
TOTALE COMPARTO	5708	2	5710			
TOTALE GENERALE	7457					

AL 31 DICEMBRE 2025:

N. 1747 PERSONALE AREA DIRIGENZA

N. 5710 PERSONALE AREA COMPARTO

Dirigenti cessati: informazione disponibile Link:

https://aslnapoli1centro.portaleamministracionetrasparente.it/pagina872_dirigenti-cessati.html

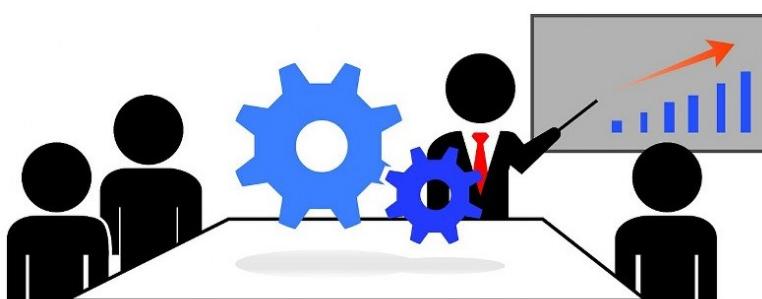
4. SOTTOSEZIONE: FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione costituisce una leva strategica per il miglioramento continuo della qualità dei servizi, per il rafforzamento della capacità amministrativa e professionale e per la prevenzione dei rischi corruttivi e di maladministration. In coerenza con gli indirizzi dei Piani Nazionali Anticorruzione e con gli obiettivi di valore pubblico perseguiti dall'Azienda, la formazione è intesa non solo come strumento di aggiornamento tecnico-professionale, ma come fattore abilitante dello sviluppo organizzativo, dell'integrità e dell'efficienza complessiva del sistema.

In tale prospettiva, l'Azienda orienta la programmazione formativa non esclusivamente al trasferimento di conoscenze, bensì allo sviluppo e consolidamento di **competenze**, intese come integrazione di conoscenze, abilità applicative e comportamenti organizzativi, con particolare attenzione alla capacità di tradurre i contenuti formativi in prassi operative uniformi, tracciabili e coerenti con i processi aziendali.

L'ASL Napoli 1 Centro promuove lo sviluppo organizzativo e del proprio capitale umano attraverso un investimento strutturato nella formazione, programmata sulla base di piani aziendali formativi triennali coerenti con i periodi fissati dalla Commissione Nazionale ECM (Educazione Continua in Medicina).

Piano della Formazione e programmazione annuale (PAF 2026)



Il Piano della Formazione rappresenta lo strumento attraverso cui l'Azienda formalizza, con cadenza annuale, le strategie di riqualificazione, potenziamento delle competenze e formazione continua del personale. Esso costituisce il riferimento per la programmazione delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione Strategica e funzionali al perseguitamento della missione aziendale di garantire prestazioni sanitarie

appropriate, sicure ed efficaci.

Per l'annualità 2026, la ricognizione dei bisogni formativi finalizzati all'adozione del Piano Formativo Aziendale (PAF) 2026 è stata avviata a partire da giugno 2025. Il 2026 rappresenta il secondo anno del triennio 2025–2027; il relativo Piano Formativo Aziendale 2026 è approvato dall'Azienda con deliberazione del Direttore Generale (in corso di adozione), previa acquisizione del parere obbligatorio del Collegio di Direzione, secondo l'assetto di governance previsto.

Il Piano della Formazione è elaborato dalla UOC Formazione e Rapporti con Università (UOC FRU), che promuove la formazione dei dipendenti e li coinvolge in un percorso di crescita coerente con gli obiettivi strategici aziendali. In tale cornice, la UOC FRU cura:

- l'individuazione dei fabbisogni formativi dell'intera ASL, sia per progetti ECM sia non ECM;
- la traduzione degli obiettivi strategici aziendali in un quadro annuale di iniziative formative, definito in modo coerente con le risorse disponibili;
- la programmazione e la gestione operativa delle attività formative, assicurando tracciabilità e rendicontabilità delle iniziative, nonché la coerenza con i fabbisogni di competenza richiesti dai processi clinico-assistenziali e amministrativi.

Analisi dei fabbisogni formativi

La rilevazione dei fabbisogni formativi si fonda sulle esigenze segnalate dai Direttori e Responsabili di Struttura e tiene conto, in particolare:

- dei gap di competenze rilevati, con attenzione alle competenze tecnico-professionali, organizzative e di compliance;
- delle evoluzioni organizzative e tecnologiche;
- delle innovazioni scientifiche e clinico-assistenziali;
- degli obiettivi strategici aziendali, nazionali e regionali.

La programmazione è inoltre orientata a rafforzare le competenze maggiormente incidenti sulla qualità e sulla sicurezza dei processi, con particolare riferimento alle aree a maggiore complessità e rischio (es. procedure amministrativo-contabili, gestione documentale, trasparenza, protezione dei dati personali, cybersecurity, contratti pubblici).

Modalità di erogazione e flessibilità programmatica

Pur privilegiando, ove possibile, iniziative formative in presenza, l'Azienda utilizza anche strumenti di formazione a distanza (FAD), in modalità sincrona e asincrona, attraverso piattaforme dedicate. Il Piano Formativo Aziendale è un documento previsionale: pertanto, eventuali esigenze formative emergenti, sopravvenute in itinere o connesse a situazioni di urgenza (anche di tipo emergenziale), sono fronteggiate con interventi tempestivi e coerenti con le priorità aziendali.



L'Azienda promuove, ove applicabile, metodologie formative orientate all'applicazione pratica e alla standardizzazione dei comportamenti organizzativi (es. casi operativi, simulazioni, formazione on the job), al fine di favorire l'effettivo trasferimento delle competenze nella quotidianità lavorativa.

Risorse finanziarie

Le risorse destinate alla formazione sono determinate nel rispetto dei vincoli normativi vigenti e risultano commisurate all'1% del monte retributivo del personale dipendente e convenzionato, come ricalcolato ai sensi della L. n. 122/2010.

Allegati al PIAO

Ai fini della rendicontazione e della piena tracciabilità della programmazione formativa, si richiamano i seguenti allegati:

1. Quadro sintetico della programmazione formativa aziendale;
2. Fabbisogni formativi emergenti;
3. Iniziative formative obbligatorie e trasversali.

L'efficacia delle iniziative formative sarà valutata anche in termini di ricaduta operativa sui processi e di rafforzamento della compliance organizzativa.

I prospetti tabellari relativi al Quadro sintetico della programmazione formativa aziendale, ai Fabbisogni formativi emergenti e alle Iniziative formative obbligatorie e trasversali, elaborati e forniti dalla U.O.C. FORMAZIONE E RAPPORTI CON UNIVERSITA³⁴, sono riportati in allegato al presente PIAO.



SYLLABUS

La ASL Napoli 1 Centro, in linea con gli indirizzi nazionali rivolti a tutte le amministrazioni pubbliche, ha dato attuazione alla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 2023 in materia di formazione e sviluppo delle competenze del personale. In tale quadro si inserisce Syllabus, quale strumento di riferimento per il rafforzamento delle competenze necessarie ad affrontare le sfide dell'innovazione, a partire da quella digitale, e per sostenere l'attuazione della riforma della Pubblica Amministrazione prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'obiettivo formativo minimo previsto per ciascun dipendente consiste nel conseguimento di un livello di competenza superiore rispetto a quello di partenza in almeno 8 delle 11 competenze digitali disponibili sulla piattaforma.

Una volta raggiunto tale obiettivo minimo (incremento di almeno uno step in almeno 8 percorsi), il discente può proseguire volontariamente il proprio percorso di sviluppo, fino al raggiungimento del livello di padronanza avanzato per tutte le competenze previste, in un'ottica di miglioramento continuo e consolidamento delle abilità digitali applicabili ai processi lavorativi.

La formazione erogata tramite la piattaforma Syllabus non prevede direttamente l'acquisizione di crediti ECM; tuttavia, il professionista sanitario può procedere autonomamente al caricamento delle ore formative nella propria area riservata, secondo le modalità previste dal sistema ECM.

L'iniziativa concorre al rafforzamento della capacità amministrativa e digitale dell'Ente, favorendo l'omogeneizzazione delle competenze e l'effettiva adozione di strumenti e processi digitali.

³⁴ U.O.C. FORMAZIONE E RAPPORTI CON UNIVERSITA' - e-mail: formazione@aslnapoli1centro.it - pec: servizio.fap@pec.aslna1centro.it

SOTTOSEZIONE PIAO - PIANO DI AZIONI POSITIVE³⁵

Le azioni positive costituiscono misure organizzative finalizzate a garantire la piena attuazione delle pari opportunità nel lavoro pubblico, in particolare mediante:

- rimozione degli ostacoli che limitano l'effettiva parità tra donne e uomini;
- promozione del riequilibrio della presenza femminile nelle attività, nelle posizioni di responsabilità e nei livelli retributivi;
- garanzia di pari accesso a lavoro, sviluppo professionale, formazione e progressioni di carriera;
- attivazione di misure di conciliazione vita-lavoro, anche in relazione alla diversa distribuzione dei carichi di cura.

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) è adottato dalle pubbliche amministrazioni ed è approvato dall'organo esecutivo competente. Prima dell'approvazione è acquisito il parere delle rappresentanze sindacali (RSU) e degli organismi competenti in materia di pari opportunità (es. Consigliera di Parità, Comitato Unico di Garanzia – CUG, ove presente).

Il PAP ha durata triennale ed è predisposto in prossimità della scadenza del precedente Piano, assicurando continuità programmatica e aggiornamento delle misure.

Si evidenzia che la mancata adozione del Piano comporta le conseguenze previste dalla normativa vigente, tra cui il divieto di procedere ad assunzioni di nuovo personale.

³⁵ Il contenuto della presente sottosezione è stato curato dal CUG (Comitato Unico di Garanzia)

IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE DELL'AZIENDA

(PTAP) 2026–2028 – a cura del Comitato Unico di Garanzia (CUG) – ASL Napoli 1 Centro

(*Pari opportunità, benessere organizzativo e prevenzione delle discriminazioni*)



La ASL Napoli 1 Centro, in coerenza con i principi costituzionali di uguaglianza e imparzialità, con la normativa nazionale vigente in materia di pari opportunità e con gli indirizzi in tema di benessere organizzativo e contrasto alle discriminazioni, adotta il presente **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) 2026–2028** quale strumento di programmazione finalizzato a promuovere, all'interno dell'organizzazione aziendale, condizioni di lavoro orientate al rispetto della persona, alla valorizzazione delle differenze e alla tutela della dignità di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori.

Preliminarmente si rappresenta che la composizione del **nuovo Comitato Unico di Garanzia (CUG)** è stata formalmente costituita con **Deliberazione n. 546 dell'11/03/2025**. Il presente Piano si pone in una visione di continuità, sia programmatica che strategica, con il precedente Piano adottato per il triennio 2024–2026, proseguendone l'impostazione e rafforzandone gli obiettivi, anche in considerazione delle evoluzioni organizzative e dei fabbisogni emersi nel periodo più recente.

Il PTAP rappresenta un documento programmatico attraverso cui l'Azienda individua e pianifica azioni idonee a **rimuovere ostacoli organizzativi e culturali**, prevenire situazioni di disparità e contrastare comportamenti e dinamiche potenzialmente discriminatorie, promuovendo al contempo un ambiente lavorativo improntato alla collaborazione, al rispetto e alla responsabilità condivisa.

Il Piano, inoltre, assume rilievo nell'ambito della pianificazione integrata prevista dal **PIAO**, costituendo una componente qualificante delle politiche di gestione e sviluppo del capitale umano, nonché un presidio fondamentale per garantire coerenza tra organizzazione del lavoro, benessere del personale e qualità dei servizi erogati.

Il CUG, per poter procedere alla realizzazione dei compiti previsti dalla normativa, redige annualmente una **Relazione sulla condizione del personale**, avvalendosi dei dati forniti dalle articolazioni aziendali competenti, in primis dalla struttura deputata alla gestione delle risorse umane, nonché dalle evidenze derivanti dalle attività realizzate e dalle iniziative promosse nel corso dell'anno.

ATTIVITÀ SVOLTE NELL'ULTIMO BIENNIO

Nel corso dell'ultimo biennio, il CUG ha progressivamente consolidato la propria funzione di presidio interno per la promozione delle pari opportunità e per la prevenzione di fenomeni di discriminazione e disagio lavorativo, orientando la propria azione a costruire strumenti concreti e accessibili per il personale.

In tale ambito, si è proceduto all'individuazione e alla formalizzazione di **gruppi di lavoro tematici**, con l'obiettivo di sviluppare competenze specifiche e favorire un approccio strutturato alle principali aree di intervento, con particolare attenzione a: formazione e valorizzazione del personale, prevenzione di fenomeni riconducibili a mobbing, straining e molestie, promozione del benessere organizzativo e diffusione di una cultura del rispetto e della collaborazione.

Per consentire una più ampia diffusione della conoscenza del ruolo del CUG e delle sue modalità operative, è stata predisposta una **brochure informativa**, finalizzata a rendere chiari obiettivi, compiti e canali di contatto

dell'organismo. Tale attività è stata accompagnata dall'implementazione di strumenti di comunicazione e accesso rivolti a tutto il personale.

In particolare, è stata predisposta e resa disponibile una **scheda di segnalazione**, collocata in un'area dedicata sul sito istituzionale, con l'obiettivo di consentire al personale di rappresentare situazioni, comportamenti o criticità potenzialmente discriminatorie, anche in forma riservata, favorendo così un primo livello di ascolto e intercettazione di eventuali situazioni di malessere. In parallelo, è stata garantita la partecipazione della Presidente del Comitato ai tavoli di confronto e alle riunioni presso l'Ufficio della **Consigliera di Parità della Regione Campania**, contribuendo a promuovere una logica di rete e di condivisione di buone pratiche tra organismi analoghi.

Le attività realizzate hanno costituito un primo consolidamento del ruolo del CUG come strumento di supporto all'Azienda e al personale, con l'intento di orientare progressivamente l'azione verso una maggiore sistematicità, tracciabilità e misurabilità degli interventi.

OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO 2026–2028

Attraverso il Piano Triennale delle Azioni Positive 2026–2028, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi generali:

- garantire la valorizzazione delle risorse umane e la crescita professionale del personale, favorendo condizioni di equità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nei percorsi formativi, anche al fine di sostenere il buon andamento e l'efficienza dell'azione aziendale;
- promuovere una migliore organizzazione del lavoro che, pur nel rispetto delle esigenze di continuità e funzionalità dei servizi, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e tempi di vita privata e familiare;
- prevenire situazioni di disagio lavorativo e promuovere il benessere organizzativo, anche attraverso strumenti di ascolto e rilevazione, con l'obiettivo di favorire un clima interno improntato al rispetto, alla collaborazione e alla responsabilità reciproca.

OBIETTIVI SPECIFICI E LINEE DI INTERVENTO



fondata sul rispetto delle differenze, sul riconoscimento del valore della persona e sulla prevenzione di comportamenti discriminatori, diretti o indiretti.

A tal fine, il Piano prevede, quale intervento prioritario, il potenziamento della **pagina dedicata al CUG** sul sito istituzionale, rendendola facilmente individuabile e accessibile, con informazioni chiare sulle modalità con cui rivolgersi al Comitato e sui percorsi disponibili per l'ascolto e il supporto.

Parallelamente, si intende consolidare un sistema di **monitoraggio periodico della condizione del personale**, anche attraverso gli indicatori previsti dalla Direttiva 2/2019 e dalla L. 162/2021, al fine di disporre di evidenze utili a individuare eventuali criticità e orientare interventi mirati.

È altresì prevista la diffusione di raccomandazioni e indicazioni operative finalizzate a promuovere un linguaggio istituzionale rispettoso e non discriminante, nonché la realizzazione di incontri informativi e formativi rivolti al

1) Promozione e sviluppo della cultura di genere, delle pari opportunità e dell'inclusione

L'Azienda riconosce che la promozione delle pari opportunità e il contrasto alle discriminazioni non costituiscono soltanto un adempimento formale, ma rappresentano una leva organizzativa essenziale per migliorare la qualità del lavoro e la qualità dei servizi.

In tale prospettiva, il CUG intende rafforzare la diffusione di una cultura organizzativa

personale, con particolare attenzione a temi quali la cultura di genere, la prevenzione delle discriminazioni e la promozione della medicina di genere.

2) Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro

Il Piano riconosce la centralità delle misure di conciliazione come elemento determinante per favorire condizioni di lavoro eque e sostenibili, soprattutto in un contesto complesso e articolato quale quello sanitario, caratterizzato da specifiche esigenze assistenziali e organizzative.



L'Azienda intende promuovere e valorizzare gli strumenti a disposizione del personale per conciliare le esigenze di vita privata e familiare con quelle lavorative, favorendo un utilizzo consapevole e uniforme delle misure previste dalla normativa e dalla contrattazione vigente.

In tale ambito, assume rilievo l'implementazione di modalità organizzative flessibili, laddove compatibili con l'attività svolta e con le esigenze di servizio, quali il **lavoro agile**, nonché il ricorso a strumenti quali congedi parentali, permessi per assistenza, part-time e forme di flessibilità oraria compatibili con i diversi profili professionali e con l'organizzazione delle strutture.

L'obiettivo è quello di evitare disomogeneità applicative e favorire una gestione trasparente ed equa delle misure di conciliazione, riducendo il rischio di disparità indirette e contribuendo al miglioramento complessivo del benessere lavorativo.

3) Sviluppo del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo

Il benessere organizzativo costituisce un elemento imprescindibile per garantire la qualità del lavoro, la motivazione del personale e la capacità dell'Azienda di rispondere efficacemente alle esigenze della collettività.



Il Piano prevede, pertanto, l'implementazione e il consolidamento di strumenti di ascolto e rilevazione, finalizzati a intercettare precocemente situazioni di disagio, conflittualità o criticità organizzative.

In tale ambito, l'attività di ascolto potrà avvalersi della scheda di segnalazione già attivata, di colloqui di ascolto e, ove opportuno, della somministrazione di questionari anonimi digitali, finalizzati a raccogliere informazioni utili a individuare aree di rischio e a orientare interventi migliorativi.

La successiva analisi dei dati raccolti consentirà di rilevare eventuali criticità e di proporre azioni correttive

o preventive, con l'obiettivo di favorire un ambiente di lavoro improntato al rispetto, alla tutela della dignità e alla valorizzazione delle competenze.

In tale cornice, viene inoltre rafforzata la divulgazione del codice di comportamento e delle regole di condotta, nonché l'impegno a contrastare qualsiasi forma di discriminazione, violenza morale o psicologica, con particolare attenzione alla prevenzione di molestie e comportamenti ostili.

ULTERIORI INIZIATIVE DI SUPPORTO (AZIONI COMPLEMENTARI)

Nel corso del triennio, potranno essere valutate ulteriori iniziative di supporto al benessere e alla conciliazione, quali la stipula di convenzioni o servizi agevolativi, esclusivamente in quanto misure complementari e non sostitutive delle azioni strutturali previste dal Piano.

Tali iniziative, ove attivate, saranno orientate a favorire la qualità della vita lavorativa e la sostenibilità dei tempi di lavoro, nel rispetto delle priorità organizzative e delle risorse disponibili.

MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO

L'attuazione del presente Piano sarà oggetto di monitoraggio periodico da parte del CUG, anche mediante il raccordo con le strutture aziendali competenti e attraverso l'analisi dei dati disponibili.

Il Piano potrà essere aggiornato nel corso del triennio in relazione a:

- modifiche normative o contrattuali;
- evoluzioni organizzative aziendali;
- esiti delle attività di monitoraggio e delle evidenze emerse dalle iniziative attuate.

CONCLUSIONI

Il Piano Triennale delle Azioni Positive 2026–2028 costituisce un impegno concreto dell'ASL Napoli 1 Centro a promuovere pari opportunità, inclusione e benessere organizzativo, valorizzando il capitale umano quale risorsa fondamentale per l'efficienza dell'azione amministrativa e per la qualità dei servizi sanitari erogati.

Il CUG, nel quadro delle proprie funzioni, continuerà a operare quale presidio interno di ascolto, proposta e verifica, contribuendo alla costruzione di un contesto lavorativo improntato a equità, rispetto e collaborazione.

SEZIONE 4

Monitoraggio



MODALITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIAO

Il monitoraggio del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** tiene conto dell'**eterogeneità dei piani e dei programmi** in esso confluiti, ciascuno dei quali è disciplinato da specifiche disposizioni normative che ne definiscono strumenti, tempi e modalità di verifica.

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un **sistema integrato di monitoraggio**, finalizzato sia alla verifica dello stato di attuazione delle misure e degli strumenti programmati, sia alla valutazione dei **risultati conseguiti**, in coerenza con il ciclo della performance. Tale sistema coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e valorizza il **ruolo attivo dei portatori di interesse**, interni ed esterni, secondo un approccio orientato alla trasparenza e alla responsabilizzazione diffusa.

La **Direzione Strategica**, in collaborazione con i Dirigenti responsabili delle strutture, presidia i processi operativi aziendali e assicura un **monitoraggio continuo del raggiungimento degli obiettivi**, attraverso l'utilizzo di indicatori di performance, sia di carattere generale sia di maggiore dettaglio, correlati ai risultati attesi delle singole azioni strategiche. Gli indicatori adottati sono finalizzati a fornire **informazioni tempestive, affidabili e sintetiche** sull'andamento delle attività e sul livello di attuazione degli interventi programmati.

La **valutazione** costituisce parte integrante del sistema di governo del PIAO ed è orientata ad analizzare:

- **l'efficacia e l'incisività** delle azioni intraprese;
- il grado di **coerenza tra risultati conseguiti e obiettivi prefissati**;
- l'adeguatezza delle misure adottate rispetto al **contesto organizzativo e di riferimento**.

Il processo di monitoraggio e valutazione è improntato a una **logica di miglioramento continuo**, finalizzata non solo all'eventuale revisione delle azioni in corso di attuazione, ma anche al rafforzamento della capacità programmatica e progettuale dell'Azienda nei cicli successivi di pianificazione.

IN SINTESI

Modalità di monitoraggio e valutazione del PIAO

Il sistema di monitoraggio e valutazione del **PIAO** è strutturato in modo da garantire la **tracciabilità delle responsabilità**, la **verificabilità dei risultati** e il **raccordo funzionale** tra le diverse sezioni del Piano, in coerenza con le indicazioni dell'ANAC e con il ruolo dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Tenuto conto dell'eterogeneità dei piani e dei programmi confluiti nel PIAO, ciascuno disciplinato da specifiche fonti normative, il monitoraggio è articolato secondo **livelli distinti ma integrati**, assicurando:

- il presidio continuo dell'attuazione delle misure;
- la misurabilità dei risultati;
- la possibilità di interventi correttivi in corso d'anno.

La **Direzione Strategica** assicura il coordinamento complessivo del sistema, mentre i **Dirigenti responsabili** presidiano l'attuazione delle misure e il raggiungimento degli obiettivi afferenti alle rispettive aree di competenza. L'OIV utilizza gli esiti del monitoraggio ai fini della valutazione della performance organizzativa e dirigenziale.

Il monitoraggio è finalizzato non solo alla verifica formale dello stato di attuazione del Piano, ma anche alla valutazione dell'**efficacia delle azioni intraprese**, della loro **coerenza con gli obiettivi strategici** e della **capacità dell'Amministrazione di generare valore pubblico**, secondo una logica di miglioramento continuo.

Tabella di monitoraggio PIAO³⁶

Sezione PIAO	Ambito monitoraggio	di Responsabile	Indicatori principali	Frequenza	Utilizzo ai fini OIV
Performance	Attuazione obiettivi strategici e operativi	Direzione Strategica / Dirigenti	Stato avanzamento obiettivi; grado di raggiungimento target; scostamenti	Infrannuale / Annuale	Valutazione performance organizzativa e dirigenziale
Rischi corruttivi e trasparenza	Attuazione misure anticorruzione e obblighi di pubblicazione	RPCT / Strutture competenti	Stato attuazione misure; esiti monitoraggi; criticità rilevate	Infrannuale / Annuale	Supporto valutazione dirigenziale
Organizzazione e capitale umano	Gestione fabbisogno, formazione, benessere organizzativo	Direzione Strategica / GRU	Copertura fabbisogno; partecipazione formativa; indicatori organizzativi	Annuale	Valutazione performance organizzativa
Lavoro agile (POLA)	Attuazione accordi e risultati	Direzione Strategica / Dirigenti	N. accordi attivi; rispetto obiettivi; impatto organizzativo	Annuale	Valutazione risultati organizzativi
Trasparenza	Qualità e tempestività delle pubblicazioni	RPCT / Referenti	Completezza; tempestività; rilievi	Periodica	Supporto controlli OIV
Attuazione complessiva PIAO	Coerenza tra programmazione e risultati	Direzione Strategica	Stato attuazione sezioni; criticità trasversali	Annuale	Quadro di sintesi per OIV

Il sistema di monitoraggio e valutazione del PIAO è strutturato in modo da garantire la tracciabilità delle responsabilità, la verificabilità degli esiti e il raccordo con il ciclo della performance, costituendo base informativa per l'attività dell'OIV e per eventuali verifiche da parte degli organi di controllo.

³⁶ In allegato è riportata la **Checklist – PIAO 2026**, predisposta quale strumento operativo di supporto al monitoraggio e alla valutazione dell'attuazione del Piano.

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO



Il monitoraggio della sottosezione **“Valore pubblico”** è attuato secondo le modalità previste dagli **articoli 6 e 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150**, nell’ambito del ciclo della performance, assicurando il raccordo tra obiettivi strategici, risultati conseguiti e impatti generati sull’utenza e sulla collettività di riferimento.

La valutazione del valore pubblico prodotto dall’Azienda è orientata non solo alla misurazione delle performance organizzative, ma

anche all’analisi della **qualità percepita dei servizi**, del livello di accessibilità, della capacità di risposta ai bisogni espressi e dell’efficacia complessiva dell’azione amministrativa.

Raccolta delle opinioni e dei contributi degli utenti e degli stakeholder

Le **opinioni degli utenti e dei portatori di interesse** sono raccolte secondo modalità strutturate e differenziate, in coerenza con le procedure aziendali vigenti, e confluiscano nelle **Relazioni annuali** predisposte dalle strutture competenti.

In particolare, il sistema di raccolta comprende:

- l’analisi delle **segnalazioni informali e formali**, inclusi reclami ed elogi;
- le opinioni e i contributi pervenuti attraverso i **canali istituzionali**, quali il portale aziendale e la rete intranet;
- le rilevazioni effettuate presso l’URP e i canali di segnalazione;
- le segnalazioni pervenute tramite il **canale whistleblowing**, per gli ambiti di competenza;
- i contributi e le osservazioni provenienti dagli **stakeholder istituzionali e sociali**;
- le segnalazioni riguardanti l’Azienda trasmesse attraverso **canali esterni**, quali Autorità indipendenti, organismi regionali, Consiglieri di parità o Autorità giudiziaria, per i profili rilevanti.

Analisi, utilizzo degli esiti e miglioramento continuo

Gli elementi raccolti sono oggetto di **analisi sistematica** e vengono sintetizzati nelle **relazioni predisposte dai diversi organismi partecipativi, consultivi o di indirizzo politico-amministrativo**, nonché dalle strutture aziendali competenti per materia.

Gli esiti del monitoraggio della sottosezione “Valore pubblico” sono utilizzati:

- per la valutazione dell’efficacia delle politiche e delle azioni intraprese;
- per l’individuazione di criticità, fabbisogni emergenti e aree di miglioramento;
- per la definizione di nuovi obiettivi strategici e operativi;
- per la progettazione di iniziative e progetti di miglioramento, attuati anche attraverso specifici gruppi di lavoro interni.

Il sistema di monitoraggio è pertanto orientato a una **logica di miglioramento continuo**, assicurando che le informazioni provenienti dagli utenti e dagli stakeholder costituiscano un elemento strutturale del processo

decisionale e programmatico dell’Azienda, in coerenza con le finalità di creazione e tutela del valore pubblico perseguitate dal PIAO.

Il monitoraggio della sottosezione “Valore pubblico” si inserisce nel più ampio sistema di monitoraggio integrato del PIAO, disciplinato nella Sezione 4 “Monitoraggio”, concorrendo – insieme ai monitoraggi delle altre Sezioni e Sottosezioni – alla verifica complessiva della coerenza, sostenibilità ed efficacia delle scelte di pianificazione adottate dall’Azienda. In tale prospettiva, gli esiti rilevati confluiscano nel quadro unitario di valutazione del Piano e contribuiscono, in modo coordinato, alla misurazione del raggiungimento degli obiettivi strategici e di Valore Pubblico.

4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE



Il monitoraggio della sottosezione **“Performance”** è effettuato secondo le modalità previste dagli **articoli 6 e 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150**, nell’ambito del ciclo della performance, assicurando il raccordo tra programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati.

La fase di valutazione è basata su un **giudizio complessivo sulla performance**, determinato dal livello di raggiungimento degli obiettivi annualmente assegnati, in relazione ai **target degli indicatori** definiti in fase di programmazione. La valutazione tiene conto, ove rilevanti, dei **fattori endogeni ed esogeni** che possono incidere sul

grado di conseguimento degli obiettivi, al fine di garantire un’analisi equilibrata e coerente con il contesto operativo.

La **valutazione della performance** opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto dall’**Organigramma aziendale** e dagli altri atti di organizzazione, riguardando sia la performance organizzativa sia la performance individuale.

Definizione degli obiettivi e assegnazione delle responsabilità

La **Direzione Aziendale**, in coerenza con gli indirizzi e gli atti della programmazione regionale e sulla base delle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la **strategia aziendale**. Successivamente, la **Struttura Complessa Programmazione e Pianificazione aziendale** provvede alla predisposizione delle **schede obiettivo**, che vengono illustrate, discusse e condivise con i Direttori e i Responsabili dei centri di responsabilità e, infine, **formalmente accettate** dagli stessi.

A ciascun obiettivo è associata una specifica **pesatura**, funzionale alla determinazione della **retribuzione di risultato**, in coerenza con il sistema di misurazione e valutazione della performance.

Monitoraggio in corso d’anno e ruolo dell’OIV

Il grado di avanzamento degli obiettivi è verificato mediante una **reportistica periodica**, finalizzata a monitorare l’andamento delle attività e il livello di raggiungimento dei risultati attesi. L’**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** svolge verifiche nel corso dell’anno, al fine di individuare eventuali **criticità** nel percorso di conseguimento degli obiettivi, fermo restando il proprio ruolo nella **valutazione finale** della performance.

Sulla base delle verifiche effettuate e di eventuali **osservazioni formalizzate** dalle strutture operative, la Direzione Aziendale può autorizzare **modifiche agli obiettivi assegnati**, qualora:

- siano intervenute circostanze rilevanti che incidano in modo significativo sulla possibilità di raggiungimento degli obiettivi;
- emerge una non adeguatezza dell'obiettivo nella formulazione originaria o nel valore atteso.

In presenza di **successive disposizioni regionali**, la Direzione Aziendale può altresì procedere alla **ridefinizione o integrazione degli obiettivi**.

Valutazione finale e retribuzione di risultato

Al **grado di raggiungimento finale degli obiettivi** è correlata, in modo definitivo, la corresponsione del **saldo della retribuzione di risultato o della produttività**, in senso positivo o negativo, secondo quanto previsto dal sistema vigente. La metodologia adottata consente all'**OIV** di valutare in modo omogeneo e strutturato la **performance organizzativa di tutte le Strutture aziendali**, assicurando coerenza, trasparenza e confrontabilità dei risultati.

4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il ciclo di gestione del rischio corruttivo si completa con l'attività di monitoraggio, finalizzata a verificare in modo sistematico l'attuazione, l'effettività e l'adeguatezza delle misure operative e della policy aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi e di promozione della trasparenza, come definite nella presente sottosezione del PIAO. Il sistema di monitoraggio è improntato a un approccio sostanziale e non meramente formale, in coerenza con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, ed è orientato a garantire la riduzione effettiva dell'esposizione al rischio, la tracciabilità delle responsabilità e il miglioramento continuo del sistema di prevenzione.

Programmazione del monitoraggio delle misure anticorruzione

In coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione 2025, il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza è programmato con riguardo sia alle misure generali sia alle misure specifiche previste nella presente Sottosezione, quale fase essenziale del ciclo di gestione del rischio.

In particolare, la programmazione del monitoraggio definisce:

- i responsabili del monitoraggio, individuati in coerenza con l'assetto organizzativo aziendale e con la distinzione tra responsabilità di primo e di secondo livello;
- i processi e le attività oggetto di monitoraggio, in relazione alla mappatura dei processi e alle misure di prevenzione adottate;
- la periodicità delle verifiche e le modalità di svolgimento, anche attraverso l'utilizzo di indicatori di attuazione e, ove possibile, di target di riferimento.

Gli esiti del monitoraggio delle misure attuate costituiscono un elemento informativo essenziale per la valutazione dell'effettività del sistema di prevenzione e possono evidenziare criticità o ambiti di miglioramento che rendono necessaria una più puntuale programmazione dell'annualità successiva o una revisione delle misure adottate, in un'ottica di miglioramento ciclico e periodico del sistema.

Soggetti coinvolti e governance del monitoraggio

All'attività di monitoraggio partecipano, secondo un modello di responsabilizzazione diffusa:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), quale soggetto titolare del coordinamento e della supervisione complessiva del sistema;
- i Responsabili delle Strutture e i rispettivi Referenti del Piano, quali soggetti attuatori delle misure e protagonisti del processo di gestione del rischio;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nell'ambito dei propri compiti di vigilanza e valutazione.

Sistema di monitoraggio e rendicontazione

Al fine di garantire l'efficace attuazione del Piano e delle misure in esso contenute, è stato definito un sistema strutturato di monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze confluiscano nella Relazione annuale del RPCT, predisposta e trasmessa entro il 15 dicembre di ogni anno, ovvero entro il diverso termine eventualmente stabilito dall'ANAC. Il monitoraggio sull'efficacia delle misure di prevenzione è effettuato, di norma, con cadenza annuale, salvo il verificarsi di eventi corruttivi, segnalazioni o criticità di particolare rilievo che rendano necessario un approfondimento straordinario.

Il processo di monitoraggio si realizza attraverso il coinvolgimento attivo dei Responsabili di Struttura e dei Referenti del Piano, mediante la compilazione di specifiche schede di monitoraggio, predisposte dal RPCT, finalizzate a raccogliere:

- dati quantitativi e qualitativi;
- informazioni sullo stato di attuazione delle misure;
- valutazioni sull'efficacia delle stesse;
- proposte di modifica o integrazione utili all'aggiornamento del sistema di prevenzione.

Esiti del monitoraggio e ulteriori fonti informative

Il monitoraggio svolto nel corso dell'anno 2025 non ha evidenziato situazioni di criticità di particolare rilievo, confermando l'adeguatezza complessiva del sistema di prevenzione adottato. Costituiscono, altresì, strumenti integrativi di monitoraggio:

- i report annuali dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, contenenti dati quantitativi e qualitativi relativi alle segnalazioni e ai procedimenti avviati;
- i report dell'Ufficio URP, relativi ai reclami, alle segnalazioni e alle istanze pervenute;
- le informazioni acquisite tramite il canale di whistleblowing;
- gli eventuali eventi sentinella o segnalazioni provenienti da soggetti interni o esterni all'Azienda.

Sulla base dell'analisi complessiva delle risultanze acquisite, il RPCT predispone la Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale entro i termini previsti (per l'anno in corso, fissati dall'ANAC al 31 gennaio 2026).

Criteri di monitoraggio rafforzato – anno 2025

Nel corso dell'anno 2025, in aggiunta al monitoraggio ordinario dei processi a più elevata esposizione al rischio, è stato effettuato un monitoraggio rafforzato, basato in particolare sui seguenti criteri:

- valutazione delle misure relative ai processi interessati da segnalazioni, pervenute tramite il canale di whistleblowing o altri canali istituzionali;
- valutazione delle misure afferenti ai processi le cui strutture attuatrici non abbiano trasmesso il modulo di autovalutazione richiesto dal RPCT.

Monitoraggio della trasparenza e ruolo dell'OIV

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza, oltre al RPCT e all'OIV, concorrono tutti gli uffici dell'Amministrazione e i Dirigenti responsabili delle pubblicazioni. Il RPCT svolge il controllo sull'attuazione della sezione Trasparenza del PIAO e delle iniziative connesse, segnalando al Direttore Generale e all'OIV eventuali inadempimenti o ritardi. In caso di riscontro di carenze, mancanze o incoerenze, il RPCT ne dà comunicazione ai soggetti responsabili, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la regolarizzazione. Decorso inutilmente tale termine, il RPCT è tenuto a informare l'OIV, cui compete l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza e integrità, avvalendosi della collaborazione del RPCT per la verifica dell'effettività e della qualità dei dati pubblicati.

Focus sui contratti pubblici e misure di prevenzione rafforzate

Un focus prioritario del monitoraggio riguarda il settore dei contratti pubblici, considerato ambito ad elevata esposizione al rischio corruttivo. In tale ambito, l’Azienda adotta misure di prevenzione rafforzate, fondate su trasparenza, tracciabilità e controllo, tra cui:

- utilizzo sistematico delle piattaforme di e-procurement (MEPA/Consip);
- rafforzamento delle misure di prevenzione del conflitto di interessi, mediante dichiarazioni annuali e dichiarazioni al momento dell’assunzione degli incarichi (RUP, Direttore dei Lavori);
- rotazione del ruolo di RUP, ove possibile e compatibilmente con la disponibilità di personale adeguatamente formato;
- obbligo di sottoscrizione dei Patti di integrità da parte degli operatori economici e degli affidatari;
- gestione e aggiornamento periodico dell’Elenco degli Operatori Economici;
- pubblicazione trasparente degli esiti delle procedure;
- adozione di criteri di rotazione degli operatori economici invitati alle procedure negoziate, al fine di garantire maggiore concorrenza e diversificazione.

Tabella di sintesi dei presidi anticorruzione e trasparenza

Di seguito si riporta una tabella di sintesi dei principali presidi di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza adottati dall’Azienda, in attuazione della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO.

La tabella ha finalità ricognitive e di supporto operativo e non introduce nuovi obblighi rispetto a quelli già previsti nel Piano. Essa è predisposta al fine di:

- rendere immediatamente leggibili i presidi attivati, i soggetti responsabili e le modalità di monitoraggio;
- rafforzare la tracciabilità delle responsabilità e delle attività di controllo;
- agevolare le attività di monitoraggio interno, di valutazione da parte dell’OIV e di eventuale verifica da parte degli organi di controllo, inclusa l’ANAC;
- supportare un approccio sostanziale e sistematico alla prevenzione della corruzione, coerente con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

La tabella costituisce pertanto uno strumento di presidio e autovalutazione, funzionale al miglioramento continuo dell’efficacia del sistema di prevenzione aziendale.

Tabella di sintesi – Presidi anticorruzione e trasparenza

Ambito di rischio / presidio	Misura di prevenzione	Responsabile	Strumenti operativi	Frequenza monitoraggio	Evidenza / Output
Governance anticorruzione	Coordinamento e supervisione del sistema	RPCT	Piano, linee operative, schede monitoraggio	Continuo / Annuale	Relazione annuale RPCT
Mappatura dei processi	Analisi e aggiornamento dei processi a rischio	RPCT / Strutture	Mappatura processi, valutazione rischio	Annuale	Aggiornamento PIAO
Misure di prevenzione	Attuazione misure specifiche e trasversali	Responsabili di Struttura	Schede di autovalutazione	Annuale	Esi monitoraggio
Monitoraggio rafforzato	Analisi processi con segnalazioni	RPCT	Schede dedicate, approfondimenti	Al bisogno	Report istruttori

Ambito di rischio / presidio	Misura di prevenzione	Responsabile	Strumenti operativi	Frequenza monitoraggio	Evidenza / Output
Whistleblowing	Gestione segnalazioni e follow-up	RPCT	Piattaforma WB, istruttorie	Continuo	Tracciati istruttori
Procedimenti disciplinari	Analisi dati disciplinari	UPD / RPCT	Report annuali UPD	Annuale	Report UPD
Trasparenza	Verifica obblighi di pubblicazione	RPCT / Referenti	Controlli sez. AT	Periodica	Segnalazioni / attestazioni
Inadempimenti trasparenza	Segnalazione e sollecito	RPCT	Comunicazioni formali	Entro 30 gg	Evidenze sanatorie
Attestazioni OIV	Verifica assolvimento obblighi	OIV	Documento di attestazione	Annuale	Attestazione OIV
Contratti pubblici	Uso e-procurement	Strutture competenti	MEPA / Consip	Continuo	Tracciabilità gare
Contratti pubblici	Prevenzione conflitti di interesse	RUP / DL	Dichiarazioni, controlli	Annuale / Incarico	Atti agli atti
Contratti pubblici	Rotazione RUP / operatori	Direzioni competenti	Criteri rotazione	Periodica	Elenchi aggiornati
Contratti pubblici	Patti di integrità	Strutture appaltanti	Patti sottoscritti	Per procedura	Contratti
Operatori economici	Gestione Elenco OE	Strutture competenti	Elenco aggiornato	Periodica	Elenco OE
Monitoraggio complessivo	Rendicontazione e miglioramento	RPCT / DG	Relazione annuale	Annuale	Pubblicazione sito

Iniziative correttive, aggiornamento del sistema e miglioramento continuo

Sulla base dei dati di monitoraggio relativi all’attuazione e all’efficacia delle misure di prevenzione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), **in presenza di scostamenti significativi rispetto agli obiettivi programmati o alle modalità attuative previste**, propone e promuove le iniziative correttive ritenute più adeguate, in un’ottica di miglioramento continuo del sistema di prevenzione.

Tali iniziative si esplicano, in particolare, attraverso:

- momenti di confronto e raccordo con i Responsabili delle Strutture aziendali interessate, con riferimento ai processi censiti e mappati nel Piano;
- attività di informazione e aggiornamento finalizzate ad assicurare il costante allineamento del sistema di prevenzione al quadro normativo, organizzativo e operativo di riferimento³⁷.

³⁷ Ciò consente di non introdurre nuove misure senza aver prima verificato se quelle già previste erano in grado di contenere i rischi corruttivi per cui erano state progettate. In questo senso, il potenziamento del monitoraggio sull’attuazione e sull’idoneità delle misure

L'attività informativa e di aggiornamento tiene conto, in particolare:

- delle sopravvenienze normative che introducano nuovi adempimenti o rafforzino quelli esistenti;
- delle modifiche normative che incidano sulle funzioni e sulle modalità di esercizio delle competenze aziendali;
- dell'emersione di nuovi rischi non precedentemente individuati o adeguatamente valutati;
- dei nuovi indirizzi, orientamenti o indicazioni contenuti nei Piani Nazionali Anticorruzione e negli atti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

La collaborazione attiva dei Dirigenti e dei Responsabili delle Strutture organizzative con il RPCT costituisce elemento essenziale per l'aggiornamento continuo del sistema di prevenzione, nonché per la verifica periodica dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione e per il rafforzamento dell'effettività delle misure di trasparenza.

L'applicazione delle misure previste in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza si configura, pertanto, come il risultato di un'azione **sinergica e coordinata** tra il RPCT e le Strutture aziendali, articolata:

- in una fase di analisi e programmazione in sede di predisposizione e aggiornamento del PIAO;
- e in una fase di monitoraggio sistematico dell'attuazione, finalizzata a verificare l'efficacia delle misure adottate e a orientare eventuali interventi correttivi.

Tale impostazione consente di garantire un sistema di prevenzione **dinamico, proporzionato e sostenibile**, coerente con l'evoluzione del contesto normativo, organizzativo e operativo dell'Azienda, in linea con i principi e le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

4.4 MONITORAGGIO LAVORO AGILE

Al fine di assicurare un **monitoraggio efficace delle attività svolte in modalità di lavoro agile** e la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'Azienda ha previsto l'adozione di un **sistema strutturato di supporto organizzativo**, idoneo a consentire anche da remoto il controllo degli avanzamenti e dei risultati conseguiti. In tale processo, un ruolo centrale è svolto dai **Dirigenti**, che, in qualità di responsabili dei risultati e promotori dell'innovazione dei modelli organizzativi, curano l'**individuazione delle attività compatibili con lo svolgimento da remoto**, nonché l'organizzazione del lavoro per obiettivi, fasi e risultati, in coerenza con gli accordi individuali di lavoro agile.

Il monitoraggio del lavoro agile è orientato a verificare il **contributo effettivo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa**, nonché alla qualità delle prestazioni rese, assicurando il rispetto dei principi di responsabilizzazione, autonomia e misurabilità dei risultati. Il sistema di monitoraggio si integra con il **ciclo della performance**, valorizzando il ruolo della valutazione dei risultati raggiunti e consentendo di rilevare eventuali criticità organizzative, al fine di orientare interventi correttivi o di miglioramento.

Relazioni sindacali e regolamentazione del lavoro agile

La **Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU)** e le **Organizzazioni Sindacali** partecipano, secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalla contrattazione collettiva, alla definizione dei principi generali che regolano il lavoro agile, contribuendo alla costruzione di un modello equilibrato e sostenibile.

Nel triennio di riferimento, l'Azienda proseguirà l'attivazione delle **procedure di confronto e informazione con le OO.SS.**, finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, in coerenza con:

- le disposizioni normative nazionali;
- le indicazioni della contrattazione collettiva vigente;

ha semplificato il sistema di prevenzione della corruzione perché, da una parte, consente di valutare se mantenere o meno le misure in essere in relazione alla loro effettività, sostenibilità e adeguatezza; dall'altra evita l'introduzione "adempimentale" di nuove misure se quelle già programmate sono idonee al loro scopo. Di conseguenza nel presente PIAO compaiono le sole misure (quelle più significative e quelle nuove) rimandando ai PIAO di volta in volta emanati le mappature dei processi, le valutazioni dei rischi e le misure confermate

- i nuovi accordi contrattuali che dovessero intervenire.

Il monitoraggio del lavoro agile si configura, pertanto, come parte integrante delle politiche di **valorizzazione del capitale umano**, di innovazione organizzativa e di miglioramento continuo delle modalità di erogazione dei servizi.

Mini-tabella di monitoraggio del Lavoro Agile

(PIAO 2026 – POLA)

Ambito di monitoraggio	Soggetti responsabili	Strumenti di monitoraggio	Frequenza	Output / Evidenze
Individuazione attività agili	Dirigenti / Responsabili di Struttura	Mappatura attività, accordi individuali	In fase di attivazione / aggiornamento	Elenco attività autorizzate
Organizzazione per obiettivi	Dirigenti	Schede obiettivo, programmazione attività	Annuale / periodica	Obiettivi assegnati
Avanzamento attività	Dirigenti	Report interni, riunioni di coordinamento	Periodica	Stato di avanzamento
Verifica risultati	Dirigenti	Indicatori di risultato, output prodotti	Annuale	Esiti valutativi
Integrazione con performance	Dirigenti / OIV	Sistema di valutazione della performance	Annuale	Valutazioni performance
Supporto organizzativo	Direzioni competenti	Strumenti digitali e informativi	Continuo	Funzionalità operative
Relazioni sindacali	Direzione / RSU / OO.SS.	Tavoli di confronto	Secondo necessità	Verbali / accordi
Monitoraggio complessivo	Direzione Strategica	Analisi di sintesi	Annuale	Valutazione POLA

La presente tabella riepiloga le principali modalità di monitoraggio del lavoro agile, individuando i soggetti responsabili, gli strumenti utilizzati e la frequenza delle verifiche. Essa costituisce uno strumento di supporto operativo e di sintesi, funzionale a garantire la tracciabilità delle responsabilità, l'integrazione con il ciclo della performance e la verifica dell'efficacia delle modalità di lavoro agile adottate.

4.5 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il monitoraggio delle attività afferenti alla sottosezione **“Organizzazione e Capitale umano”**, con particolare riferimento al **Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)**, è assicurato attraverso un sistema di **verifica continuativa e strutturata**, finalizzato a garantire la coerenza tra risorse umane, obiettivi strategici e fabbisogni organizzativi dell’Azienda.

Le attività di monitoraggio sono svolte in modalità **continua e quotidiana**, mediante l'aggiornamento costante dei dati relativi al personale in servizio, con particolare riferimento a tutti i **movimenti del personale**, in entrata e in uscita, nonché alle variazioni intervenute nella consistenza, nella distribuzione e nella qualificazione delle risorse umane.

Il sistema di monitoraggio consente di verificare, su base **triennale**, la **coerenza del fabbisogno di personale** con:

- gli obiettivi di performance organizzativa e individuale;
- le esigenze operative e funzionali delle strutture aziendali;
- i processi di sviluppo e di **rafforzamento delle competenze** del personale.

Gli esiti del monitoraggio costituiscono elemento informativo essenziale per:

- l'aggiornamento del Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- la programmazione delle politiche di reclutamento;
- la definizione delle iniziative di formazione e valorizzazione del capitale umano;
- il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli assetti organizzativi.

Il monitoraggio dell'Organizzazione e del Capitale umano si configura, pertanto, come **processo integrato e dinamico**, funzionale a supportare le scelte strategiche dell'Azienda e a garantire un utilizzo efficiente e responsabile delle risorse umane, in coerenza con gli obiettivi del PIAO e con il ciclo della performance.

Mini-tabella di monitoraggio del PTFP

(PIAO 2026 – Organizzazione e Capitale umano)

Ufficio / Struttura competente	Ambito dati monitorati	Strumenti utilizzati	Frequenza di monitoraggio	Output / Evidenze
Gestione Risorse Umane	Personale in servizio	Banche dati del personale, sistemi informativi HR	Continuo quotidiano	/ Elenchi aggiornati
Gestione Risorse Umane	Movimenti entrata	Atti di assunzione, contratti	Continuo	Aggiornamento consistenze
Gestione Risorse Umane	Movimenti uscita	Atti di cessazione	Continuo	Registro cessazioni
Gestione Risorse Umane	Dotazione organica	Atti di programmazione	Periodica	Quadro dotazioni
Gestione Risorse Umane	Coerenza fabbisogni	Analisi PTFP	Annuale triennale	/ Aggiornamento PTFP
Formazione	Sviluppo competenze	Piani formativi	Annuale	Report formativi
Direzione Strategica	Allineamento strategico	Verifiche di sintesi	Annuale	Valutazione complessiva

La presente tabella riepiloga le principali modalità di monitoraggio del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, individuando le strutture coinvolte, gli ambiti informativi presidiati e la frequenza delle verifiche.

Essa costituisce uno strumento di supporto alla programmazione, funzionale a garantire la coerenza tra risorse umane, obiettivi strategici e ciclo della performance.

4.6 MONITORAGGIO FORMAZIONE

Analogamente, l'attività di monitoraggio relativa alla **Formazione del personale** è organizzata secondo un **sistema continuo e strutturato**, finalizzato a verificare la coerenza delle iniziative formative con i fabbisogni organizzativi e con gli obiettivi strategici dell'Azienda.

Il monitoraggio è svolto in modalità **continua e quotidiana**, mediante la verifica degli **accreditamenti formativi**, nonché attraverso la **rendicontazione degli eventi formativi** realizzati e conclusi nel corso dell'anno di riferimento, con particolare attenzione alla partecipazione del personale e agli esiti delle attività formative.

Gli esiti del monitoraggio costituiscono elemento informativo essenziale per:

- la valutazione dell'efficacia delle iniziative formative;
- l'aggiornamento della programmazione formativa;
- il rafforzamento delle competenze professionali del personale;
- l'allineamento tra formazione, fabbisogni di competenze e obiettivi di performance.

Il monitoraggio della formazione si configura, pertanto, come **parte integrante delle politiche di valorizzazione del capitale umano**, contribuendo al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza organizzativa dell'Azienda.

Mini-tabella di monitoraggio della Formazione del Personale

(PIAO 2026)

Ufficio / Struttura competente	Ambito dati monitorati	Strumenti utilizzati	Frequenza di monitoraggio	Output / Evidenze
U.O.C. Formazione	Programmazione formativa	Piano annuale/triennale della formazione	Annuale	Piano approvato
U.O.C. Formazione	Accreditamenti eventi	Sistemi ECM / atti di accreditamento	Continuo	Elenco eventi accreditati
U.O.C. Formazione	Eventi formativi svolti	Registri presenze, report eventi	Continuo	Rendicontazione eventi
U.O.C. Formazione	Partecipazione del personale	Dati presenze e completamenti	Periodica	Report partecipazione
U.O.C. Formazione	Coerenza con fabbisogni	Analisi fabbisogni formativi	Annuale	Aggiornamento piano
Direzione Strategica	Allineamento strategico	Verifica di sintesi	Annuale	Valutazione complessiva

La tabella riepiloga le principali modalità di monitoraggio delle attività formative, individuando le strutture coinvolte, gli ambiti informativi presidiati e la frequenza delle verifiche. Essa costituisce uno strumento di supporto alla programmazione e alla valutazione delle politiche di formazione e sviluppo delle competenze del personale.

ASSETTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PIAO

Il sistema di monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione è concepito come un **insieme unitario e integrato di processi**, che assicura la coerenza tra performance, prevenzione della corruzione e trasparenza, organizzazione del lavoro, valorizzazione del capitale umano e sviluppo delle competenze. Attraverso il coinvolgimento responsabile delle strutture aziendali, il presidio della Direzione Strategica e il ruolo di garanzia degli organismi di valutazione e controllo, il monitoraggio del PIAO è orientato alla **verifica sostanziale dei risultati**, alla **tracciabilità delle responsabilità** e al **miglioramento continuo dell'azione amministrativa**, in coerenza con il ciclo della performance, con gli indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e con l'obiettivo di creazione e tutela del valore pubblico

AGGIORNAMENTO DEL PIAO

Il presente **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** è oggetto di **aggiornamento** qualora, nel corso dell'anno di riferimento, intervengano **modifiche organizzative, normative o di contesto**, ovvero eventi significativi che rendano **necessaria o opportuna** la revisione delle politiche, degli obiettivi e delle misure in esso contenute.

L'aggiornamento del PIAO è effettuato nel rispetto delle disposizioni normative vigenti e in coerenza con il ciclo della programmazione e della performance, al fine di assicurare la **continua adeguatezza del Piano** rispetto alle esigenze operative dell'Azienda e al mutato contesto di riferimento.

COMUNICAZIONI CORRELATE AL PIAO

Il **PIAO** è oggetto di un'adeguata **diffusione e comunicazione**, sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda, mediante l'utilizzo delle più efficaci modalità informative, nella consapevolezza che la comunicazione rappresenta un elemento essenziale per l'effettiva attuazione del Piano.

In particolare:

- la **condivisione interna** favorisce una maggiore consapevolezza degli obiettivi programmati, contribuisce a migliorare la qualità delle informazioni prodotte e consente all'Azienda di beneficiare di vantaggi non solo informativi, ma anche **organizzativi e motivazionali**, stimolando la riflessione del personale sulle performance conseguite e sulle eventuali criticità riscontrate;
- il **coinvolgimento degli stakeholder esterni** consente di:
 - rilevare le attese informative;
 - garantire trasparenza ai processi decisionali;
 - ridurre il rischio di autoreferenzialità e discrezionalità;
 - acquisire valutazioni sulla performance;
 - raccogliere feedback utili per i successivi cicli di programmazione;
 - intercettare eventuali richieste di open data.

In tale prospettiva, una delle azioni fondamentali del PIAO è la **sensibilizzazione dell'intera organizzazione** rispetto agli atti programmati, al quadro normativo di riferimento e ai rischi potenziali connessi all'azione amministrativa.

Il Piano è pubblicato, in conformità alle indicazioni dell'**Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)**, sul **sito istituzionale dell'Azienda**, nella sezione **"Amministrazione Trasparente"**, sottosezione **"Disposizioni generali"** e **"Altri contenuti"**, quale strumento di conoscibilità, accessibilità e trasparenza dell'azione amministrativa.

Tutti i **portatori di interesse** hanno la possibilità di segnalare eventuali inadempienze o episodi di cattiva amministrazione attraverso i seguenti canali:

- posta elettronica ordinaria: protocollogenerale@aslnapoli1centro.it
- posta elettronica certificata: protocollogenerale@pec.aslna1centro.it

- ovvero mediante **qualsiasi altra modalità ritenuta idonea**, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.

RESPONSABILITÀ PER VIOLAZIONE DELLE MISURE PREVISTE DALLA PRESENTE SEZIONE DEL PIAO

Fermo restando che la violazione degli obblighi previsti dal **Codice di Comportamento** integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio, si precisa che l'attuazione delle misure previste dal presente Piano costituisce **obbligo giuridico e organizzativo** per tutti i soggetti destinatari.

In particolare, **in capo a tutto il personale dell'Azienda**, dirigenziale e non dirigenziale, incombe **responsabilità disciplinare** nell'ipotesi di:

- **violazione delle misure di prevenzione della corruzione** previste dal presente Piano, ai sensi dell'articolo 1, comma 14, della **Legge n. 190/2012** e del Codice di Comportamento, ferme restando le ulteriori responsabilità **penali, civili, amministrative e contabili** previste dall'ordinamento;
- **violazione degli obblighi di trasparenza**, con particolare riferimento al dovere di assicurare la massima collaborazione nell'elaborazione, nel reperimento e nella trasmissione dei dati e delle informazioni ai fini della pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, nonché alla necessità di garantire la **tracciabilità dei processi decisionali**.

In capo ai **Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali** incombono, inoltre:

- le specifiche responsabilità connesse all'esercizio delle competenze in materia di prevenzione della corruzione, come previste dall'articolo 16, comma 1, lettere I-bis, I-ter e I-quater, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- le responsabilità relative all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 1, comma 32, della Legge n. 190/2012, sanzionate dal successivo comma 33 e comunque rilevanti ai fini della valutazione dirigenziale ai sensi dell'articolo 21 del **D.Lgs. n. 165/2001**.

NOTE CONCLUSIVE DEL PIAO

Il presente **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** è adottato nel rispetto della normativa vigente in materia di programmazione, organizzazione e trasparenza dell'azione amministrativa, tenendo conto dell'evoluzione del quadro regolatorio e degli indirizzi applicativi emanati dalle Autorità competenti. L'Azienda riconosce le finalità del PIAO come **centrali e strategiche** per lo sviluppo delle proprie attività istituzionali e ne assume i contenuti quale riferimento unitario per l'azione amministrativa, organizzativa e gestionale, in un'ottica di integrazione, responsabilizzazione e miglioramento continuo.

DIVULGAZIONE DEL PIAO

Il presente Piano, unitamente ai successivi aggiornamenti, è adeguatamente pubblicizzato dall'Azienda mediante pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione **“Amministrazione Trasparente”**, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

È cura dei **Dirigenti Responsabili delle Strutture aziendali** assicurare la formale comunicazione del Piano a tutto il personale assegnato, mediante indicazione del link di collegamento al sito istituzionale, **entro il termine massimo di un mese dalla pubblicazione**.

In occasione della **prima assunzione in servizio**, l'informazione relativa alla vigenza del presente Piano è comunicata a ciascun dipendente e collaboratore, a qualsiasi titolo, mediante idonea forma di notifica.

Il Piano sarà, inoltre, **presentato e illustrato nell'ambito della Giornata della Trasparenza**, prevista per il mese di **febbraio 2026**, quale ulteriore momento di informazione, condivisione e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni.

AMBITO SOGGETTIVO DI APPLICAZIONE DEL PRESENTE PIANO.

Le misure contenute nel presente Piano **entrano in vigore con decorrenza immediata** dalla pubblicazione della deliberazione di approvazione, fatta salva diversa e specifica decorrenza espressamente indicata. Il PIAO si applica a tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, operano per conto dell’Azienda o nell’ambito delle sue strutture, secondo quanto previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti.

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente documento, trovano applicazione le disposizioni della legge n. 190/2012, della normativa nazionale e regionale vigente in materia, dei PIAO adottati dall’Azienda, per le disposizioni non superate da successivi aggiornamenti normativi, nonché le previsioni del Piano Nazionale Anticorruzione e dei suoi successivi aggiornamenti.

Precisazione finale

Si confermano le tabelle del Registro dei rischi corruttivi già allegate ai precedenti PIAO, in quanto tuttora coerenti con l’assetto organizzativo e con i processi aziendali.

Laddove, in fase di attuazione e monitoraggio, siano emersi elementi di attenzione o profili di criticità, si è provveduto al rafforzamento delle misure di prevenzione, in un’ottica di aggiornamento dinamico della valutazione del rischio e di miglioramento continuo del sistema di presidio.

LA DOCUMENTAZIONE INDICATA COME "ALLEGATO" SI CONSIDERA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE DOCUMENTO SEBBENE DISPONIBILE PER MOTIVI TECNICI IN SINGOLI FILE ESTERNI

Allegato unico al PIAO – Premessa e indice

Al fine di rendere il Piano Integrato di Attività e Organizzazione maggiormente sistematico e facilmente consultabile, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2025, l’Azienda ha previsto, in continuità con l’impostazione adottata già nel precedente ciclo di programmazione, la predisposizione di un **Allegato unico**, collocato in chiusura del PIAO e strutturato in modo organico e coordinato.

L’Allegato unico è corredata da un indice generale ed è concepito quale strumento di supporto alla lettura, all’attuazione e al monitoraggio della strategia aziendale, con particolare riferimento al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, ferma restando la presenza di ulteriori documenti di carattere trasversale e organizzativo.

La scelta di concentrare nell’Allegato unico la documentazione di maggiore dettaglio risponde all’esigenza di garantire una visione unitaria e integrata delle misure programmate, evitare duplicazioni nel corpo del PIAO e favorire la chiarezza espositiva e la fruibilità del documento principale.

Indice dell’Allegato unico

1. ELENCO DEI PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI
2. ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
3. MAPPATURA/TABELLA DI RILEVAZIONE DEI PROCESSI AZIENDALI
4. ELENCO DELLE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
5. STRUMENTI OPERATIVI DI SUPPORTO AL SISTEMA DI PREVENZIONE:
 - Tabelle “chi fa cosa” (ripartizione responsabilità)
 - Schema di monitoraggio (attuazione e controlli)
 - Check-list operative (ex ante / in itinere / ex post)
 - Recepimento delle linee guida in materia di inconfondibilità e incompatibilità degli incarichi
 - Disciplinare tecnico “in materia di inconfondibilità e incompatibilità degli incarichi” e conflitto d’interessi”
 - Mini-procedura operativa pantoufle
 - Elenco di alcune misure specifiche di prevenzione della corruzione
 - Monitoraggio delle attività extraistituzionali e degli incarichi conferiti (interni/esterni)
6. OBIETTIVI STRATEGICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA
7. MOTIVAZIONE DEGLI ATTI E DEI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI
8. CULTURA DELL’ETICA E DELL’INTEGRITÀ PUBBLICA
9. IL PIANO DELLA SANITÀ DIGITALE 2026-2028
10. CONSISTENZA DEL PARCO TECNOLOGICO
11. RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCIO CONSUNTIVO 2024
12. NOTA INTEGRATIVA_BILANCIO CONSUNTIVO 2024
13. ANDAMENTO DEL CONTENZIOSO ASSICURATIVO E INDIRIZZI DI MIGLIORAMENTO 2026-2028
14. DELIBERA PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE N. 5233 del 21/07/2025
15. DELIBERAZIONE N. 1672 DEL 25/08/2025 - UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI – RIORGANIZZAZIONE
16. DELIBERAZIONE N. 225 DEL 30/01/2026 ADOZIONE DIRETTIVA PER L’ANNO 2026 DEL DIRETTORE GENERALE DELL’ASL NAPOLI 1 CENTRO
17. DIRETTIVA 2026 - PER L’ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA E PER LA GESTIONE - ATTO DI INDIRIZZO DEL DIRETTORE GENERALE



Particolare della Farmacia degli Incurabili, il luogo dove l'Arte incontra la Scienza. Qui lo stile Barocco rococò, disegnato da Domenico Antonio Vaccaro, si sposa con l'illuminismo dei maestri di Anatomia e Botanica (Domenico Cotugno, Domenico Cirillo) nell'Ospedale più importante del Regno dei Borbone.

Chiusa in seguito al terremoto del 1980, la Farmacia degli Incurabili è stata oggetto di un recente intervento di restauro conservativo che ne ha mantenuto la struttura originaria. Nell'immagine, i recipienti per contenere spezie, prodotti erboristici e polveri, conservati negli scaffali di pregiatissima fattura.