



**Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028**
Art. 6 del DL 80/2021

INDICE

Premessa	7
SEZIONE 1	9
1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione	10
1.1 La costituzione e la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud	10
1.2 I dati sociodemografici ed epidemiologici	10
1.3 I materiali e metodi.....	10
1.4 La piramide dell'età.....	12
1.5 La distribuzione per fasce e sesso	13
1.6 Le tabelle degli indici per l'ASL Napoli 3 Sud e per Distretto.....	16
1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali.....	22
1.8 Il logo	24
1.9 Il patrimonio.....	24
1.10 La vision.....	24
1.11 La mission.....	25
1.12 Clinical Governance e Sicurezza delle cure	25
1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini.....	26
SEZIONE 2	31
2 Il Valore Pubblico	32
2.1 Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud	32
2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud	35
2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari.....	41
2.4 Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili.....	48
2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile	51
3 Le Performance	75
3.1 Introduzione	75
3.2 L'identificazione delle aree di intervento	76
3.3 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance	79
3.4 Caratteristiche generali del SMVP Aziendale	85
3.5 Griglia indicatori.....	86
3.6 Correlazione tra tipologie di obiettivi e strutture aziendali.....	88
3.7 Il Sistema di Performance a supporto del Valore Pubblico e dell'Accountability	91
3.8 Lo schema degli obiettivi	92

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

4	I rischi corruttivi e la trasparenza	93
4.1	Introduzione	93
4.2	Soggetti e ruoli della strategia aziendale	93
4.3	Analisi del contesto	97
4.4	Contesto esterno dell'Asl Napoli 3 Sud	98
4.5	Contesto interno dell'Asl Napoli 3 Sud	104
4.6	La gestione del rischio	104
4.7	La mappatura dei processi	105
4.8	La valutazione dei rischi corruttivi.....	106
4.9	Il codice di comportamento e azioni di miglioramento	109
4.10	Conflitti di interesse: obblighi di astensione e di segnalazione	111
4.11	L'inconferibilità e l'incompatibilità.....	112
4.12	Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione.....	114
4.13	Il pantoufage o revolving doors (porte girevoli).....	116
4.14	Whistleblowing	118
4.15	La gestione della segnalazione	123
4.16	Tutela della riservatezza e diritto di accesso	127
4.17	Aree di rischio	136
4.18	Area di Rischio Generale - Contratti pubblici.....	137
4.19	La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023 140	140
4.20	Il Rup.....	142
4.21	Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale	146
4.22	Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.....	151
4.23	Aree di rischio specifico in Sanità	152
4.24	Monitoraggio.....	155
4.25	La trasparenza	156
4.26	Dati da pubblicare e procedura per la pubblicazione	159
4.27	Comprensibilità dei dati	160
4.28	Controllo e Monitoraggio	161
4.29	Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati	162
4.30	Accesso civico	165
	SEZIONE 3	168
5	La struttura organizzativa	169

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

5.1	L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud	169
5.2	Area centrale.....	170
5.3	Area dipartimentale.....	171
5.4	Area ospedaliera	172
5.5	Area Funzionale.....	173
5.6	Area distrettuale	174
5.7	I dati dell'organizzazione.....	175
6	Il lavoro agile	177
6.1	L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud.....	177
7	Il piano triennale del fabbisogno di personale	180
7.1	Introduzione.....	180
7.2	La normativa di riferimento.....	180
7.3	Criteri e modalità di elaborazione del Piano.....	183
7.4	Area territoriale.....	190
7.5	Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica	196
7.6	La formazione del personale	199
7.7	Il piano delle azioni positive	200
SEZIONE 4		202
8	Il monitoraggio delle linee programmatiche	203
8.1	Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud	203
8.2	Il monitoraggio del Valore pubblico.....	205
8.3	Il monitoraggio delle Performance.....	207
8.4	Il monitoraggio del Lavoro agile	208
8.5	Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale	210
8.6	La soddisfazione degli utenti	211
9	Bibliografia e sitografia	212
10	Indice degli allegati	214

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 – La piramide dell'età dell'ASL Napoli 3 Sud	13
Figura 2 – La popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud	14
Figura 3 – La popolazione per fasce d'età e sesso	15
Figura 4 – Indice di vecchiaia	19
Figura 5 – Indice di dipendenza anziani	20
Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale	21
Figura 7 – La matrice interesse/influenza	33
Figura 8 – La piramide del valore pubblico	35
Figura 9 – Strategia digitale e componenti tecnologiche	36
Figura 10 – Sistema di intelligenza artificiale	38
Figura 11 – Sistema NIS 2 per la gestione dei rischi informatici	41
Figura 12 – Missione salute 2021-2026	43
Figura 13 – Telemedicina	44
Figura 14 – L'assistenza attraverso la telemedicina	44
Figura 15 – Fascicolo sanitario elettronico	46
Figura 16 – La speranza di vita	53
Figura 17 – La speranza di vita per maschi e femmine all'ASL Napoli 3 Sud	54
Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi (2019-2023)	56
Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine (2019-2023)	57
Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2019-2023)	58
Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2019-2023)	59
Figura 22 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2019-2023)	59

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2019-2023).....	60
Figura 24 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2019-2023).....	61
Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2019-2023).....	62
Figura 26 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2019-2023).....	63
Figura 27 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2019-2023).....	64
Figura 28 – Dati relativi al Gioco della Dieta Mediterranea.....	72
Figura 29 – Dati relativi al Gioco della Dieta Mediterranea.....	73
Figura 30 – Ciclo della performance.....	80
Figura 31 – Il ciclo della performance	82
Figura 32 – Sistema di Performance a supporto del Valore Pubblico e dell'Accountability.....	92
Figura 33 – Indicatore composito dei compositi.....	98
Figura 34 – Domini dell'indicatore composito dei compositi	99
Figura 35 – Indicatore composito criminalità.....	99
Figura 36 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica.....	100
Figura 37 – Reati di corruzione, concussione e peculato	100
Figura 38 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali.....	101
Figura 39 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione	101
Figura 40 – Indicatore di Istruzione.....	101
Figura 41 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione	102
Figura 42 – Indicatore di economia.....	102
Figura 43 – Reddito Pro capite	103
Figura 44 – Occupazione	103
Figura 45 – Indice di Attrattività	104

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

Figura 46 - Fattori abilitanti della corruzione	108
Figura 47 – Organigramma area centrale	170
Figura 48 – Organigramma area dipartimentale.....	171
Figura 49 – Organigramma area ospedaliera.....	172
Figura 50 – Organigramma area funzionale.....	173
Figura 51 – Organigramma area distrettuale	174
Figura 52– Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud.....	177
Figura 53 – Tetto di spesa personale 2024-2026	196
Figura 54 – Il fabbisogno del personale 2024-2026	197
Figura 55 – Piano del fabbisogno di personale 2024-2026.....	198
Figura 56 – Il fabbisogno di personale 2024-2026 PNRR	198
Figura 57 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO	203

Premessa

Il **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione** (d'ora in avanti PIAO) viene introdotto dall'art. 6 del Decreto-legge n. 80 del 9 giugno 2021 poi convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021. Il PIAO si colloca nel più ampio scenario di riforma della PA, avviatasi anche attraverso l'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea, in recepimento della proposta della Commissione europea.

Il PIAO dell'ASL Napoli 3 Sud si pone, in coerenza ai dettami normativi, tre obiettivi principali, riferiti alla razionalizzazione della disciplina in favore della facilitazione di tutti gli *iter* amministrativi per i dipendenti, i cittadini e le imprese che operano e collaborano con essa, ovvero:

- ❖ riduzione dell'articolazione burocratica e semplificazione delle attività;
- ❖ incremento della qualità programmatica, attraverso l'identificazione di chiari e specifici obiettivi/indicatori, e della resilienza programmatica, attraverso il costante adattamento della programmazione ai cambiamenti del contesto di riferimento;
- ❖ sviluppo programmatico sinergico tra tutte le prospettive insite all'organizzazione, finalizzato all'arricchimento del valore pubblico.

Il PIAO dell'ASL Napoli 3 Sud è elaborato in coerenza alle Linee Guida del Dipartimento della Funzione pubblica ed è suddiviso nei seguenti capitoli:

- ❖ Capitolo 1 – L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della dimensione e della composizione anagrafica dell'ASL quale azienda del SSR Campano. Il Capitolo 1 è redatto grazie alla collaborazione del SEP e dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 2- Il Valore Pubblico. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del Valore Pubblico che l'ASL Napoli 3 Sud realizza (baseline) ed intende realizzare (target), in linea con la strategia che intende attuare per la creazione del valore, con particolare riferimento alle misure di benessere equo e sostenibile (definiti specificatamente nell'Agenda ONU 2030, secondo le elaborazioni dell'ISTAT e del CNEL). Inoltre, è specificato l'insieme dei processi/ delle procedure che l'ASL Napoli 3 Sud intende semplificare e reingegnerizzare, ovvero ha già realizzato azioni proattive verso tali innovazioni, in coerenza con le misure previste dall'Agenda di Semplificazione delle PA. Il Capitolo 2 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione, dell' UOC Clinical risk management sicurezza e qualità delle cure, UOSD Misurazione e valutazione della performance, del SEP e dell'UOSD Registro Tumori;
- ❖ Capitolo 3 – Le Performance. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione delle logiche di performance management, di cui al Capo II del D. Lgs n. 150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Il Capitolo 3 è redatto grazie alla collaborazione UOSD Misurazione e valutazione della performance;
- ❖ Capitolo 4 – I rischi corruttivi e la trasparenza. Questa sezione è dedicata all'impegno aziendale rivolto al raggiungimento della piena trasparenza nelle attività di organizzazione, in linea con gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

Legge n 190/2021. Il Capitolo 4 è redatto grazie alla collaborazione della Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza e dell'UOC Controllo di Gestione;

- ❖ Capitolo 5 – L'organizzazione aziendale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione del modello organizzativo adottato dall'ASL Napoli 3 Sud. Il Capitolo 5 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione e dell'UOC Gestione Risorse Umane;
- ❖ Capitolo 6 – Il lavoro agile. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della strategia e degli obiettivi aziendali legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro. Il Capitolo 6 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 7 – Il Piano triennale del fabbisogno di personale. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e degli obiettivi volti al reclutamento di nuove risorse ed alla valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale. Il Capitolo 7 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Gestione Risorse Umane, dell'UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane, UOSD Misurazione e valutazione della performance e dell'UOC Controllo di Gestione;
- ❖ Capitolo 8 – Il monitoraggio delle linee programmatiche. Questa sezione è dedicata alla rappresentazione degli strumenti e delle modalità di monitoraggio di tutti i piani programmatici definiti. Il Capitolo 8 è redatto grazie alla collaborazione dell'UOC Controllo di Gestione, UOSD Misurazione e valutazione della performance, dell'UOC Gestione Risorse Umane, del SEP e dell'UOSD Registro Tumori.



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 1

1 L'ASL Napoli 3 Sud e la sua articolazione

1.1 *La costituzione e la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud*

L'ASL Napoli 3 Sud è stata costituita con la D.G.R.C. n.505 del 20 marzo 2009 ed ha l'obiettivo di organizzare ed erogare i livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) in maniera uniforme su tutto il territorio. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 502/1992, come modificato dal d. lgs. n.229/1999, l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; essa è un ente strumentale della Regione Campania ed opera con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, utilizzando i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura, nel rispetto delle normative vigenti. La Giunta regionale della Campania con la deliberazione n. 751 del 21 dicembre 2012 ha stabilito la sede legale dell'ASL Napoli 3 Sud nel Comune di Torre del Greco (Na) 80059, alla Via Marconi n.66, Il Legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

1.2 *I dati sociodemografici ed epidemiologici*

L'ASL Napoli 3 Sud si estende su un territorio di 635 Km², suddiviso in 57 Comuni. La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1° gennaio 2024 è pari a 1.027.527, distribuita in n. 57 Comuni, e la densità di popolazione è pari a 1.618,90 ab/km², con picchi elevatissimi in coincidenza dei Comuni della cinta suburbana di Napoli. L'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud è costituito dall'area a sud di Napoli e confina con le province di Salerno, Caserta ed Avellino. L'eterogeneità che caratterizza il territorio dal punto di vista geografico ed organizzativo fa sì che si configuri come un fattore ambientale diversificato nell'ambito dei determinanti dello stato di salute.

1.3 *I materiali e metodi*

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione dell'offerta socio-sanitaria dell'ASL Napoli 3 Sud, che risponde ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età, la popolazione è stata suddivisa in anziana, molto anziana, attiva, infanzia e primissima infanzia.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il Comune. I molteplici Comuni sono poi stati aggregati per i singoli Distretti Sanitari, fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici ed i dati rappresentativi della struttura della popolazione, in funzione della domanda socioassistenziale correlata alle diverse fasce di età, ovvero:

- ❖ l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni, moltiplicato per 100;
- ❖ l'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- ❖ l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni più la popolazione di età 65 anni e più (non attiva) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;

- ❖ la fascia tra 0 e 4 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia;
- ❖ la fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi;
- ❖ la fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- ❖ la fascia di età tra i 65 e i 75 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva ed in buona salute;
- ❖ la fascia di età superiore ai 75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

Le tabelle di seguito riportate riassumono tutti gli indicatori ed i parametri calcolati per distretto sulla base dei dati forniti dall'ISTAT <http://dati.istat.it/>

1.4 La piramide dell'età

La piramide dell'età è sovrapponibile alla piramide della popolazione campana, che mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 45 e 55 anni. Per l'età dell'infanzia (<15 aa) si riscontra una prevalenza del sesso maschile mentre per l'età anziana (≥ 64 aa) si riscontra una prevalenza a favore del sesso femminile, che va accentuandosi con l'aumentare dell'età.

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-4	17.396	3,52%	20.410	3,89%	37.806	3,71%
5-9	24.435	4,95%	22.998	4,38%	47.433	4,66%
10-14	27.367	5,54%	25.441	4,85%	52.808	5,18%
15-19	30.514	6,18%	28.824	5,49%	59.338	5,82%
20-24	31.790	6,43%	30.136	5,74%	61.926	6,08%
25-29	30.104	6,09%	28.863	5,50%	58.967	5,79%
30-34	30.093	6,09%	30.325	5,78%	60.418	5,93%
35-39	30.325	6,14%	30.661	5,84%	60.986	5,99%
40-44	32.504	6,58%	33.541	6,39%	66.045	6,48%
45-49	35.800	7,25%	37.060	7,06%	72.860	7,15%
50-54	37.843	7,66%	40.270	7,67%	78.113	7,67%
55-59	37.218	7,53%	40.320	7,68%	77.538	7,61%
60-64	34.018	6,89%	37.471	7,14%	71.489	7,02%
65-69	28.434	5,75%	32.126	6,12%	60.560	5,94%
70-74	24.032	4,86%	27.720	5,28%	51.752	5,08%
75-79	20.844	4,22%	25.303	4,82%	46.147	4,53%
80-84	12.144	2,46%	16.722	3,19%	28.866	2,83%
85-89	6.597	1,34%	10.836	2,06%	17.433	1,71%
90-94	2.200	0,45%	4.550	0,87%	6.750	0,66%
95-99	384	0,08%	1.065	0,20%	1.449	0,14%
100+	37	0,01%	134	0,03%	171	0,02%
Totale	494.079	100,00%	524.776	100,00%	1.018.855	100,00%

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud.

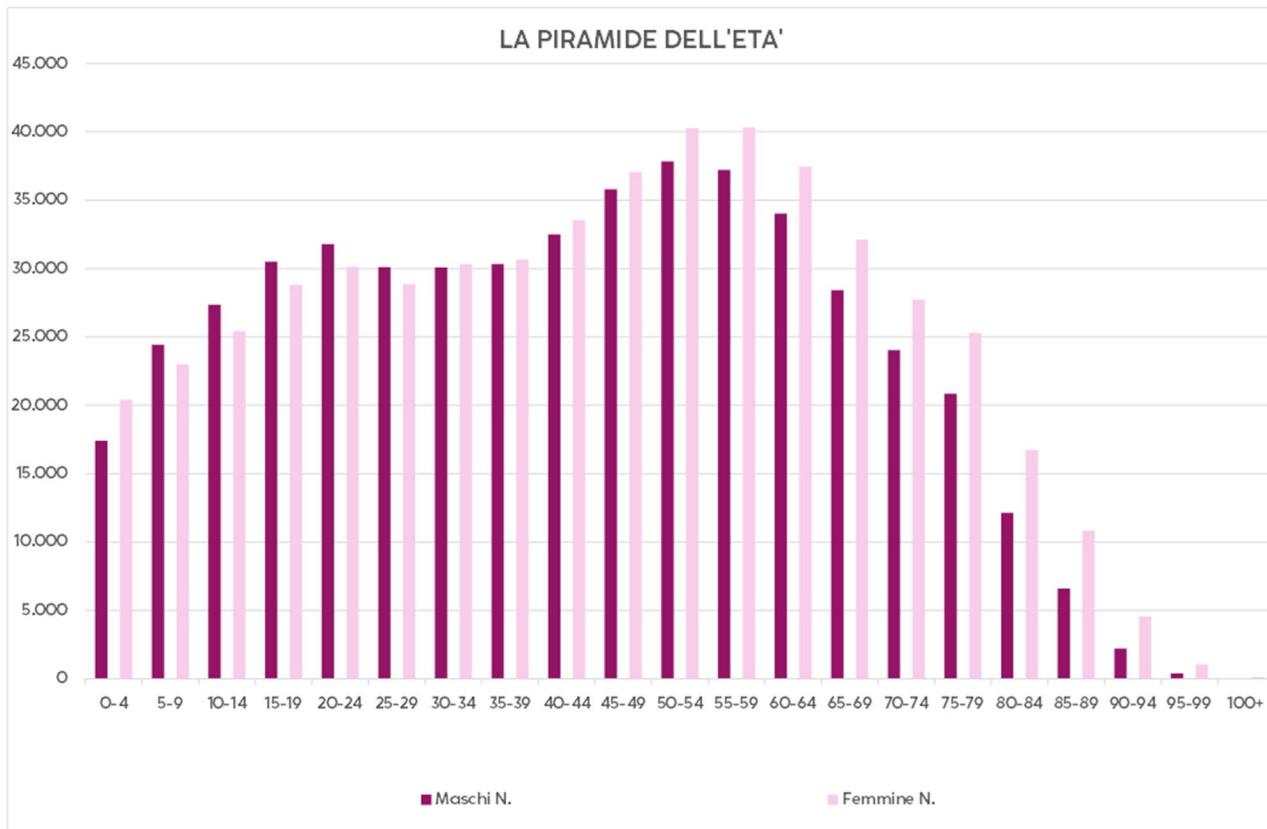


Figura 1 – La piramide dell'età dell'ASL Napoli 3 Sud

1.5 La distribuzione per fasce e sesso

La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione sono ricompresi nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 34%.

Età (fascia)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N.	%
0-14	69.198	14,01%	68.849	13,12%	138.047	13,55%
15-64	330.209	66,83%	337.471	64,31%	667.680	65,53%
>65	94.672	19,16%	118.456	22,57%	213.128	20,92%
Totale	494.079	100,00%	524.776	100,00%	1.018.855	100,00%

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli

3 Sud.

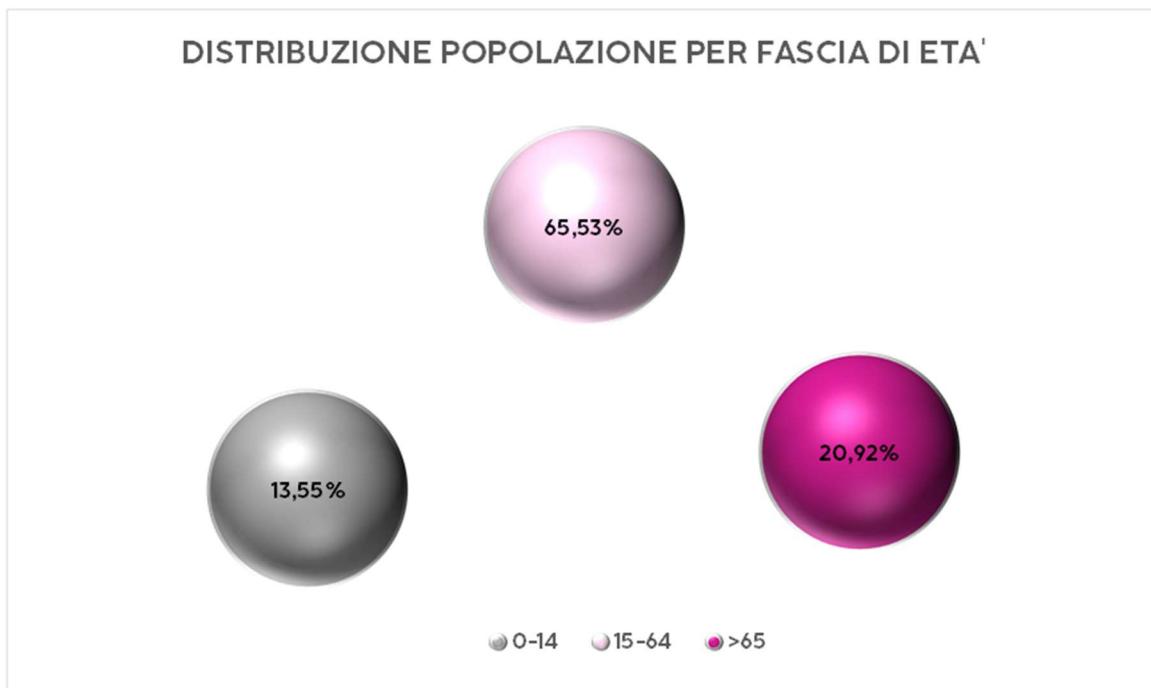


Figura 2 – La popolazione per fasce d'età dell'ASL Napoli 3 Sud

Di seguito si mostra un grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione per fasce d'età e sesso dell'ASL Napoli 3 Sud.

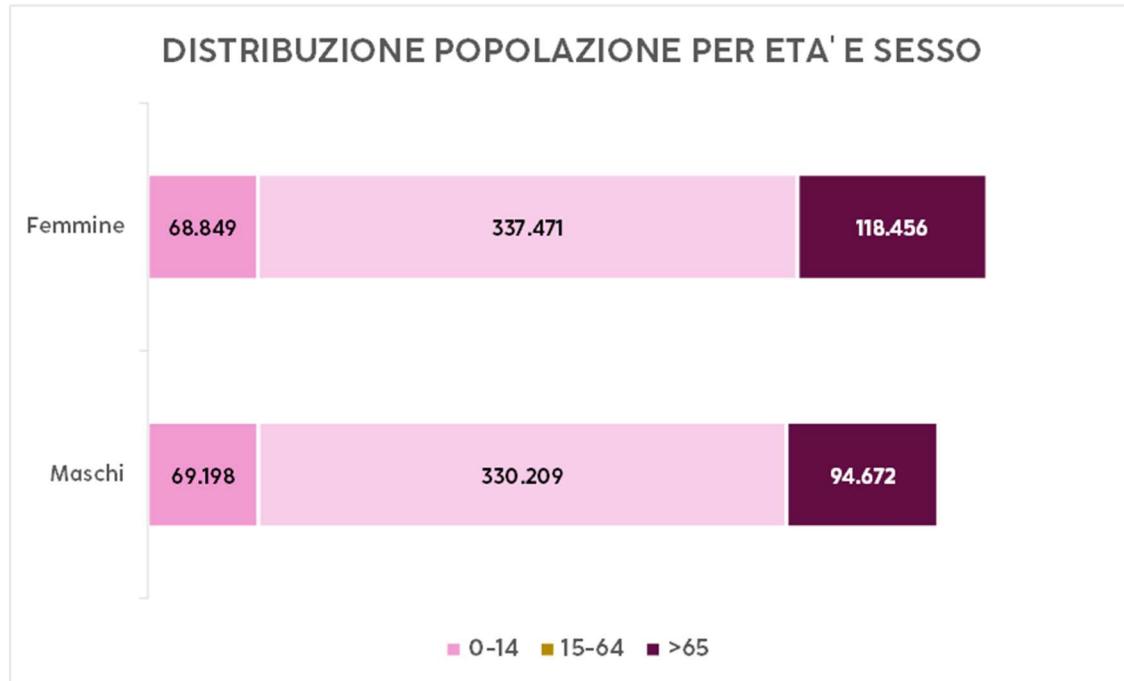


Figura 3 – La popolazione per fasce d'età e sesso

La distribuzione per sesso evidenzia una sostanziale prevalenza del sesso femminile tra gli anziani (>65 anni), una esigua prevalenza del medesimo sesso nella fascia di età 15-64, mentre per la fascia giovanile si riscontra una prevalenza del sesso maschile.

1.6 *Le tabelle degli indici per l'ASL Napoli 3 Sud e per Distretto*

Si rappresentano gli indici ottenuti, dapprima, per ciascun Distretto Sanitario aziendale e, successivamente, per l'intera ASL Napoli 3 Sud.

Di seguito, si rappresentano gli indici e la distribuzione della popolazione per fasce di età, per ogni singolo Distretto:

❖ DS n. 34;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Portici	207,23%	39,30%	58,26%	6.153	32.447	12.751	51.351
Totale	207,23%	39,30%	58,26%	6.153	32.447	12.751	51.351

❖ DS n. 48;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Bruscianno	116,12%	26,24%	48,84%	2.425	10.730	2.816	15.971
Castello di Cisterna	107,17%	25,89%	50,05%	1.255	5.195	1.345	7.795
Mariiglianella	100,70%	24,14%	48,11%	1.285	5.361	1.294	7.940
Mariigliano	145,13%	30,37%	51,30%	4.055	19.377	5.885	29.317
San Vito Italiano	108,66%	25,37%	48,73%	1.028	4.402	1.117	6.547
Somma Vesuviana	144,82%	28,51%	48,20%	4.429	22.498	6.414	33.341
Totale	130,35%	27,93%	49,36%	14.477	67.563	18.871	100.911

❖ DS n. 49;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Camposano	186,61%	33,10%	50,84%	590	3.326	1.101	5.017
Carbonara di Nola	101,93%	21,60%	42,80%	362	1.708	369	2.439
Casamarciano	234,11%	35,58%	50,78%	302	1.987	707	2.996
Cicciano	167,39%	30,95%	49,43%	1.521	8.227	2.546	12.294
Cimitile	140,78%	30,02%	51,34%	971	4.554	1.367	6.892
Comiziano	187,10%	37,77%	57,95%	217	1.075	406	1.698
Liveri	211,38%	37,08%	54,62%	167	952	353	1.472
Nola	149,16%	31,07%	51,90%	4.675	22.441	6.973	34.089
Roccarainola	171,63%	34,01%	53,83%	839	4.234	1.440	6.513
San Paolo Bel Sito	166,59%	32,17%	51,48%	431	2.232	718	3.381
Saviano	125,30%	27,86%	50,09%	2.356	10.596	2.952	15.904
Scisciano	117,37%	25,02%	46,33%	921	4.321	1.081	6.323
Tufino	127,59%	25,59%	45,65%	464	2.313	592	3.369
Visciano	184,85%	35,68%	54,99%	515	2.668	952	4.135
Totale	150,42%	30,52%	50,81%	14.331	70.634	21.557	106.522

❖ DS n. 50;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Cercola	151,76%	32,67%	54,19%	2.336	10.852	3.545	16.733
Massa di Somma	165,57%	32,34%	51,87%	636	3.256	1.053	4.945
Pollena Trocchia	142,41%	30,55%	52,00%	1.785	8.321	2.542	12.648
Volla	92,51%	24,70%	51,40%	4.555	17.061	4.214	25.830
Totale	121,93%	28,75%	52,33%	9.312	39.490	11.354	60.156

❖ DS n. 51;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Pomigliano d'Arco	155,59%	33,84%	55,59%	5.557	25.548	8.646	39.751
Sant'Anastasia	150,50%	32,13%	53,49%	3.636	17.029	5.472	26.137
Totale	153,57%	33,16%	54,75%	9.193	42.577	14.118	65.888

❖ DS n. 52;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ottaviano	143,68%	28,39%	48,15%	3.100	15.689	4.454	23.243
Palma Campania	113,16%	25,07%	47,22%	2.446	11.041	2.768	16.255
Poggiomarino	91,84%	22,11%	46,19%	3.724	15.465	3.420	22.609
San Gennaro Vesuviano	96,99%	21,97%	44,62%	1.893	8.357	1.836	12.086
San Giuseppe Vesuviano	107,50%	23,79%	45,93%	4.613	20.842	4.959	30.414
Striano	98,73%	24,10%	48,51%	1.498	6.137	1.479	9.114
Terzigno	117,95%	24,74%	45,71%	2.474	11.797	2.918	17.189
Totale	110,56%	24,44%	46,55%	19.748	89.328	21.834	130.910

❖ DS n. 53;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Castellammare di Stabia	166,04%	34,39%	55,10%	8.300	40.076	13.781	62.157
Totale	166,04%	34,39%	55,10%	8.300	40.076	13.781	62.157

❖ DS n. 54;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
San Giorgio a Cremano	220,52%	41,45%	60,25%	4.897	26.052	10.799	41.748
San Sebastiano al Vesuvio	173,05%	35,35%	55,78%	1.128	5.522	1.952	8.602
Totale	211,63%	40,38%	59,47%	6.025	31.574	12.751	50.350

❖ DS n. 55;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Ercolano	161,65%	35,30%	57,13%	6.857	31.403	11.084	49.344
Totale	161,65%	35,30%	57,13%	6.857	31.403	11.084	49.344

❖ DS n. 56;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Boscoreale	137,01%	30,56%	52,87%	3.756	16.839	5.146	25.741
Boscofonte	154,67%	33,06%	54,44%	1.361	6.367	2.105	9.833
Torre Annunziata	151,17%	36,12%	60,01%	5.923	24.790	8.954	39.667
Trecase	168,19%	35,90%	57,25%	1.163	5.448	1.956	8.567
Totale	148,82%	33,98%	56,81%	12.203	53.444	18.161	83.808

❖ DS n. 57;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Torre del Greco	166,85%	35,74%	57,15%	10.807	50.456	18.031	79.294
Totale	166,85%	35,74%	57,15%	10.807	50.456	18.031	79.294

❖ DS n. 58;

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Agerola	131,35%	31,40%	55,31%	1.196	5.003	1.571	7.770
Casola di Napoli	113,55%	26,43%	49,71%	561	2.410	637	3.608
Gragnano	147,22%	31,17%	52,34%	3.844	18.158	5.659	27.661
Lettere	111,37%	25,97%	49,29%	941	4.035	1.048	6.024
Pimonte	100,52%	24,50%	48,87%	963	3.951	968	5.882
Pompei	164,34%	34,24%	55,07%	3.172	15.227	5.213	23.612
Sant'Antonio Abate	127,02%	26,58%	47,51%	2.683	12.820	3.408	18.911
Santa Maria la Carità	103,37%	25,45%	50,08%	1.930	7.838	1.995	11.763
Totale	134,07%	29,52%	51,54%	15.290	69.442	20.499	105.231

❖ DS n. 59.

Comune	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Massa Lubrense	161,18%	34,15%	55,34%	1.932	9.119	3.114	14.165
Meta	181,10%	34,51%	53,57%	963	5.053	1.744	7.760
Piano di Sorrento	202,47%	39,47%	58,96%	1.496	7.675	3.029	12.200
Sant'Agnello	187,38%	36,96%	56,68%	1.070	5.425	2.005	8.500
Sorrento	228,36%	41,17%	59,19%	1.717	9.525	3.921	15.163
Vico Equense	167,70%	34,47%	55,02%	2.675	13.015	4.486	20.176
Totale	185,72%	36,74%	56,52%	9.853	49.812	18.299	77.964

Si mostrano di seguito, graficamente, gli indici ottenuti in riferimento all'intera popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud in comparazione con i dati nazionali e regionali.

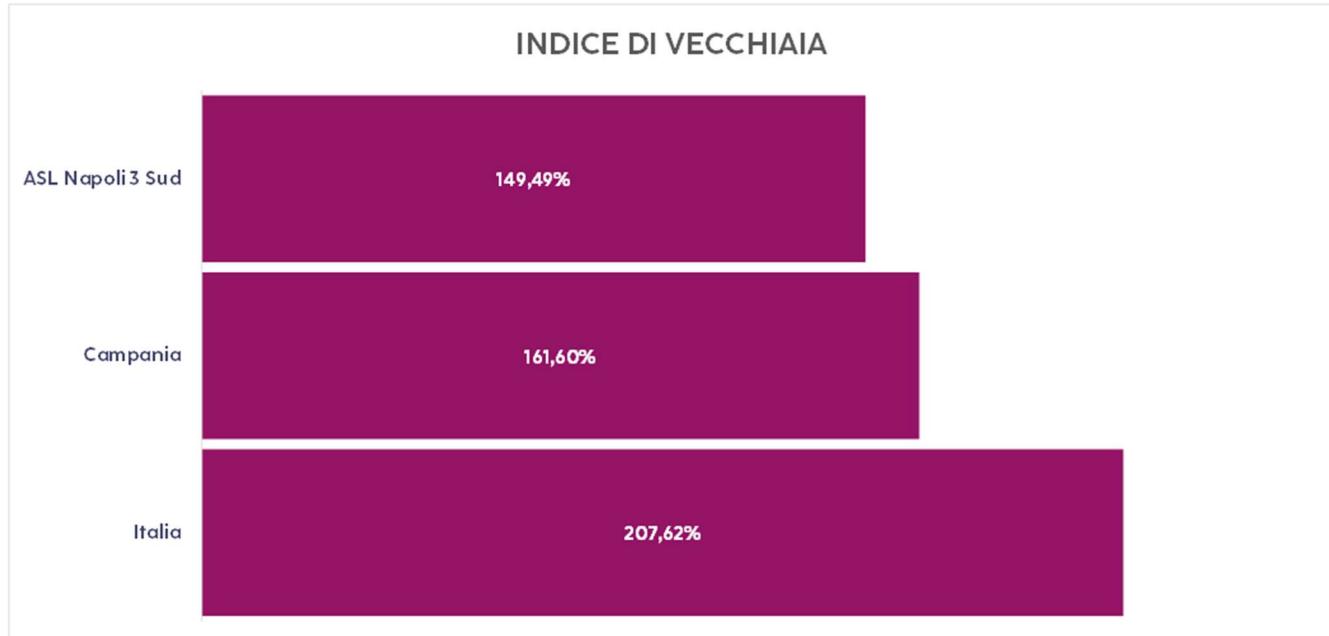


Figura 4 – Indice di vecchiaia

L'indicatore è un indice molto dinamico della tendenza all'invecchiamento, il quale cambia al variare contemporaneo del peso degli anziani al numeratore e dei giovanissimi al denominatore. Valori superiori a 100 indicano un maggiore peso della popolazione anziana rispetto ai giovanissimi; pertanto, il valore calcolato per l'ASL Napoli 3 Sud, pur essendo un valore inferiore ben lontano dalla media nazionale e inferiore alla media regionale, ha superato il valore soglia di cento.

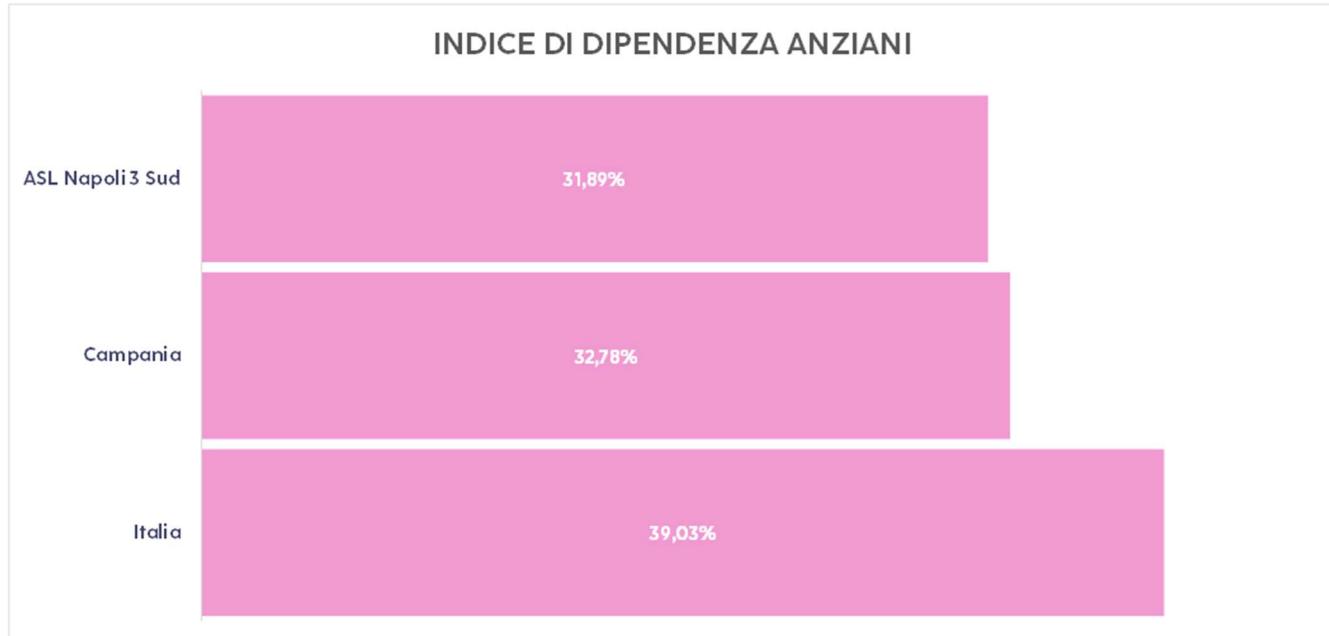


Figura 5 – Indice di dipendenza anziani

L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 15-64 anni. Questo indice misura quanti ultra sessantaquattrenni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni), permettendo di valutare il livello dell'invecchiamento degli abitanti di un territorio rispetto alla popolazione attiva.

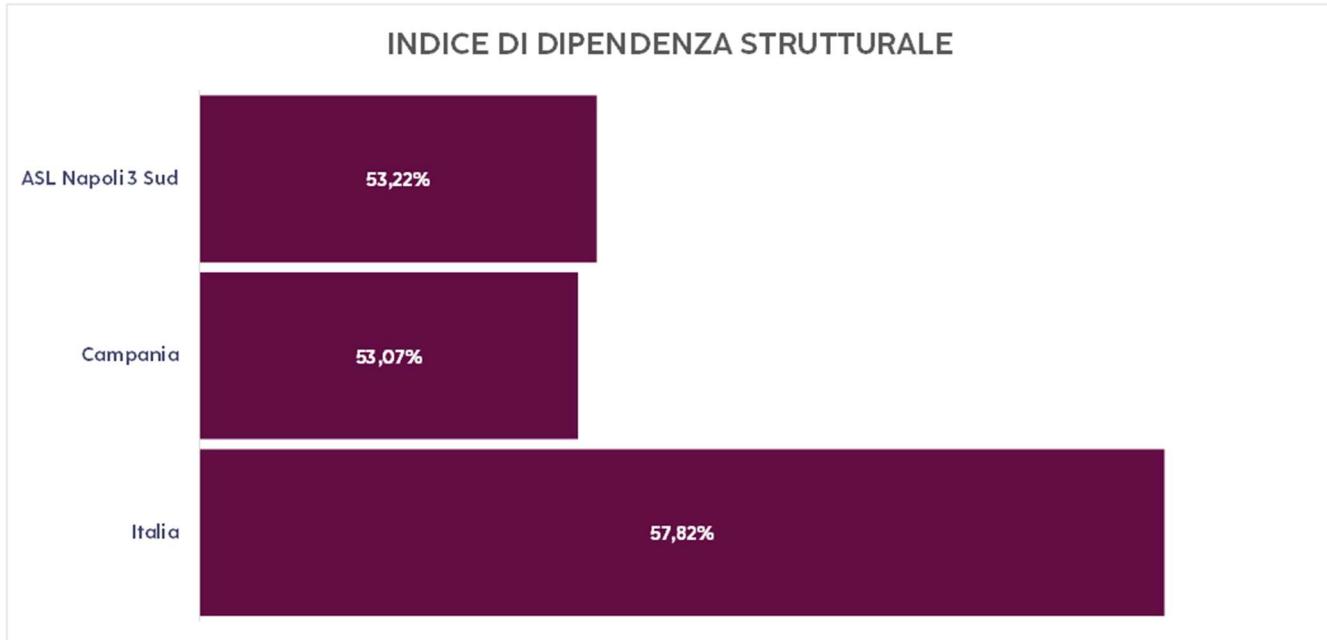


Figura 6 – Indice di dipendenza strutturale

L'indice di dipendenza strutturale confronta il numero di abitanti in età non attiva ogni 100 abitanti in età attiva, evidenziando quindi la misura della sostenibilità della struttura di una popolazione, in particolare perché al denominatore è rappresentata la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia indicata al numeratore. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale.

Si evidenzia, infine, un confronto degli indici, rispetto a quelli ottenuti a livello nazionale, a livello regionale ed a livello aziendale.

Livello di analisi	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza	Popolazione			
				0-14	15-64	65+	Totale
Italia	207,62%	39,03%	57,82%	7.019.165	37.341.839	14.573.173	58.934.177
Campania	161,60%	32,78%	53,07%	738.851	3.642.172	1.194.002	5.575.025
ASL Napoli 3 Sud	149,49%	31,89%	53,22%	142.549	668.246	213.091	1.023.886

ASL Napoli 3 Sud

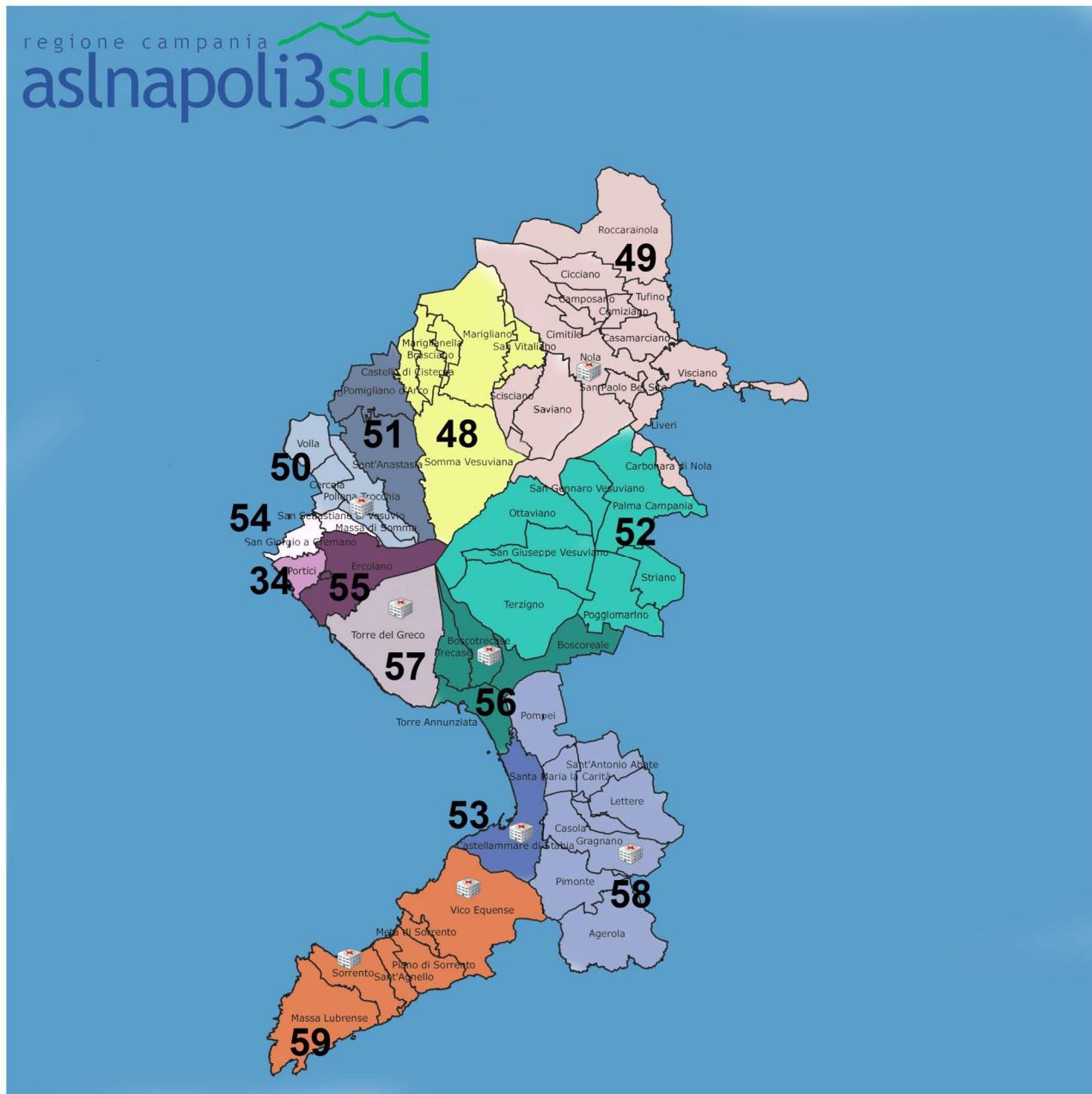


Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

1.7 I distretti sanitari e le competenze territoriali

In questa sezione del documento si evidenziano i distretti sanitari dell'ASL Napoli 3 Sud, i Comuni di competenza e gli ambiti sociali di riferimento.



I Distretti Sanitari dell'ASL Napoli 3 Sud sono nel seguito elencati:

- ❖ Distretto 34 – Portici (Ambito territoriale n. 11);
- ❖ Distretto 48 – Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Somma Vesuviana (Ambito territoriale n. 22);
- ❖ Distretto 49 – Nola, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Cicciiano, Cimitile, Comiziano, Liveri, Roccarainola, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Tufino, Visciano (Ambito territoriale n. 23);
- ❖ Distretto 50 – Cercola, Massa di Somma, Pollena Trocchia, Volla (Ambito territoriale n. 24);
- ❖ Distretto 51 – Pomigliano d'Arco, Sant'Anastasia (Ambito territoriale n. 25);
- ❖ Distretto 52 – Palma Campania, Poggiomarino, Ottaviano, San Gennaro Vesuviano, San Giuseppe Vesuviano, Striano, Terzigno (Ambito territoriale n. 26);
- ❖ Distretto 53 – Castellammare di Stabia (Ambito territoriale n. 27);
- ❖ Distretto 54 – San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio (Ambito territoriale n. 28);
- ❖ Distretto 55 – Ercolano (Ambito territoriale n. 29);
- ❖ Distretto 56 – Boscoreale, Boscotrecase, Torre Annunziata, Trecase (Ambito territoriale n. 30);
- ❖ Distretto 57 – Torre del Greco (Ambito territoriale n. 31);
- ❖ Distretto 58 – Agerola, Casola di Napoli, Gragnano, Lettere, Pimonte, Pompei, Santa Maria la Carità, Sant'Antonio Abate (Ambito territoriale n. 32);
- ❖ Distretto 59 – Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense (Ambito territoriale n. 33).

I Presidi Ospedalieri aziendali sono:

- ❖ PO di Nola con stabilimento di Pollena;
- ❖ PO di Castellammare con stabilimento di Gragnano;
- ❖ Nuovo Ospedale della Costiera (PO di Sorrento e PO di Vico Equense);
- ❖ PO di Boscoreale-Boscotrecase;
- ❖ PO di Torre del Greco.

Inoltre, l'offerta aziendale è completata dalla presenza sul territorio dei seguenti dipartimenti:

- ❖ Dipartimento Area Medica;
- ❖ Dipartimento Area Critica;
- ❖ Dipartimento attività strategiche di Direzione Sanitaria;
- ❖ Dipartimento Scienze chirurgiche;
- ❖ Dipartimento dei Servizi;

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ Dipartimento Assistenza Territoriale;
- ❖ Dipartimento Assistenza Ospedaliera;
- ❖ Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ Dipartimento Salute Mentale;
- ❖ Dipartimento delle Dipendenze;
- ❖ Dipartimento Farmaceutico.

1.8 Il logo

Il logo dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è:



Il logo dell’ASL Napoli 3 Sud è costituito dall’immagine stilizzata del Vesuvio e del Monte Somma di colore verde; sull’immagine si sovrappone sul margine sinistro l’indicazione della Regione e la denominazione dell’Azienda Sanitaria di colore blu intercalata dal verde della parola “sud”; alla base della dizione per esteso è posta la stilizzazione del mare per indicare l’estensione dell’Azienda anche sulla Penisola Sorrentina.

Il dominio è il seguente: www.aslnapoli3sud.it

1.9 Il patrimonio

Il patrimonio dell’Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti in seguito al trasferimento disposto con decreto del Presidente della Giunta Regionale all’atto della sua costituzione, da quelli acquisiti nell’esercizio delle proprie attività, nonché da quelli ottenuti a seguito di atti di liberalità. I beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguitamento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

Con regolamento adottato dal Direttore Generale vengono disciplinati tutti gli aspetti relativi alla gestione del patrimonio aziendale.

1.10 La vision

Per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l’ASL Napoli 3 Sud si avvale del complesso delle risorse disponibili, secondo il principio della flessibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell’offerta dei servizi sanitari.

La vision aziendale si ispira ai seguenti elementi essenziali:

- ❖ qualificare l’offerta dei servizi erogati e gli interventi di prevenzione e clinico - assistenziali, sviluppando capacità analitiche dirette alla determinazione dei bisogni di salute della popolazione, alla identificazione

delle priorità, alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti dell'azione svolta in termini di output ed outcome;

- ❖ sviluppare modelli organizzativi per una maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle prestazioni offerte;
- ❖ ottimizzare le risorse per una maggiore efficienza dei processi produttivi e di erogazione;
- ❖ sviluppare il sistema della continuità clinico - assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- ❖ potenziare i servizi territoriali migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero al fine di perseguire una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- ❖ implementare le attività culturali e formative utilizzando la formazione come elemento strategico;
- ❖ perseguire l'obiettivo della valorizzazione di tutte le professionalità esistenti secondo un'ottica meritocratica e partecipativa.

1.11 *La mission*

L'Azienda assume come propria Mission di progettare e di realizzare quanto necessario a soddisfare il bisogno di salute della propria popolazione e garantire gli standard di qualità di ambienti e produzioni. Il punto di riferimento centrale di tutta l'attività dell'Azienda è la persona umana, nella sua singolarità ed irripetibilità, di cui raccoglie e interpreta la domanda di assistenza e fornisce i servizi e le risposte ai bisogni espressi. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e, comunque, presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza in conformità con la Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale e coerentemente con i seguenti principi:

- ❖ Sostenibilità: verifica della compatibilità economica rispetto alle risorse disponibili delle azioni pianificate e perseguibili;
- ❖ Sussidiarietà: partecipazione e tutela della libertà di scelta rispetto alle diverse forme di erogazione dei servizi al cittadino;
- ❖ Qualità: garanzia di affidabilità, appropriatezza e rispetto dell'individualità per ciascun cittadino;
- ❖ Etica: rispetto dei principi di egualianza, imparzialità, trasparenza, partecipazione, libertà di scelta e solidarietà.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, secondo un approccio di integrazione e di sinergia.

1.12 *Clinical Governance e Sicurezza delle cure*

Il governo clinico rappresenta il tentativo di perseguire un approccio integrato al problema della qualità

dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma anche di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo.

La politica sanitaria aziendale, ai diversi livelli di governo del sistema, ha come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, viene assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, su quello della organizzazione dei servizi e su quello della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la Qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela e diventa invece parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti. In tale contesto una particolare attenzione viene posta alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistematico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, amministratori e cittadini.

L'Azienda provvede a potenziare la dotazione di strumenti per il governo clinico con particolare attenzione a quelli previsti nel Piano Sanitario Regionale.

Il governo clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (effectiveness) ed efficacia teorica (efficacy), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida.

Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro consequenti. La responsabilità del governo clinico appartiene a ogni livello organizzativo e professionale. Il governo clinico attiene quindi all'appropriatezza clinica ed organizzativa ed alla qualità tecnica percepita delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture dell'Azienda.

1.13 Partecipazione, trasparenza e tutela dei diritti dei cittadini

La partecipazione, la trasparenza e la tutela dei cittadini sono garantite attraverso le attività o le funzioni di seguito riportate.

Trasparenza

L'ASL Napoli 3 Sud, così come affermato nel d. lgs.n. 150/2009 e s.m.i., attribuisce particolare rilievo al tema della trasparenza intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, nonché delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguitamento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione", consentendo ai cittadini forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La trasparenza concorre ad attuare i principi costituzionali di egualianza, imparzialità buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di un'amministrazione al servizio del cittadino.

La trasparenza anche per il tramite della pubblicazione di determinate informazioni pubbliche, risulta strumentale alla prevenzione della corruzione. La Trasparenza si muove su tre azioni integrate tra loro:

- ❖ una posizione soggettiva di controllo sociale garantita ai cittadini;
- ❖ uno strumento di gestione e controllo dell'azione amministrativa;
- ❖ uno strumento di garanzia nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico, istituzionalizzando le metodologie di miglioramento della qualità al fine di garantire standard ed impegni di qualità ai cittadini.

Accesso agli atti amministrativi, accesso civico semplice e generalizzato

Al fine di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale, è riconosciuto, ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90, a chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, il diritto di accesso ai documenti amministrativi. Più ampio, invece, è il concetto di trasparenza introdotto dal d. lgs.n. 33/2013, in quanto riconosce a chiunque il diritto di accedere a dati, documenti e informazioni della pubblica amministrazione, senza la necessità di dimostrare un interesse qualificato, sia che si tratti di documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione da parte della P.A. (accesso civico semplice) sia per quelli che non sono coperti da alcun obbligo di pubblicazione (accesso civico generalizzato). L'Azienda, al fine di garantire gli strumenti di accesso, pubblica sul sito istituzionale un apposito link.

(<https://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/jportal/JPDocumento.do?id=1410&rev=0>)

Prevenzione della corruzione

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012 si realizza mediante la formulazione e attuazione di azioni coordinate tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione. Il sistema aziendale introdotto per la prevenzione della corruzione prevede: la definizione dei ruoli e delle responsabilità; analisi dei processi organizzativi a rischio di corruzione; interventi organizzativi per contrastare la corruzione nelle aree a rischio; obblighi di pubblicazione ai fini del controllo diffuso; la rotazione del personale in conformità al vigente regolamento aziendale. Così come normativamente previsto, l'ASL provvede alla nomina del RPCT. L'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione consiste in un incarico aggiuntivo a quello già assegnato al dirigente. Di norma l'incarico è affidato a un dirigente dell'area contrattuale tecnico-amministrativo-professionale con incarico di struttura complessa e ha durata quinquennale.

Accesso e accoglienza

L'Azienda è dotata di una molteplicità di strutture eroganti distribuite secondo un modello a rete a maglie larghe su un territorio assai ampio. Queste peculiarità, che rendono l'accesso ai servizi più difficoltoso sia in termini logistici (le diverse sedi) che funzionali (la necessaria parcellizzazione con distribuzione delle funzioni), impegnano l'Azienda ad assumere ogni iniziativa utile ad agevolare il ricorso ai propri servizi, promuovendo in particolare:

- ❖ lo sviluppo di punti d'accesso polifunzionali;
- ❖ lo sviluppo di punti di informazione decentrati ma in grado di "vedere" tutto il complesso delle prestazioni e dei servizi disponibili nell'ambito del territorio;
- ❖ la messa a punto di sistemi telematici per la prenotazione e l'informazione;

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ l'adeguata assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

In tale contesto l'Azienda agisce in un'ottica di area vasta, integrandosi strettamente con le altre Aziende Sanitarie della Regione.

Diritti dei Cittadini, degli Utenti e degli Stakeholder

L'Azienda si impegna in tutti i suoi ambiti (in sintonia coi principi che regolano il miglioramento continuo della Qualità e lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione dell'accesso) ad assicurare agli utenti:

- ❖ rispetto della dignità;
- ❖ riservatezza-privacy;
- ❖ certezza dell'interlocutore;
- ❖ ascolto nelle forme e nei modi più idonei alla situazione ed al caso individuale, con gentilezza e competenza;
- ❖ risposte entro tempi definiti;
- ❖ informazione tempestiva, corretta, chiara, semplice comprensibile e adeguata conoscenza delle modalità di esecuzione della prestazione sanitaria e sociale;
- ❖ accoglimento dei reclami;
- ❖ chiarezza e visibilità dei propri comportamenti.

Principio della partecipazione

L'ASL Napoli 3 Sud ricerca ed incoraggia le forme d'integrazione, partecipazione e collaborazione nel più ampio contesto sociale delle competenze localmente distribuite, per arricchire il proprio ruolo sociale, già fortemente radicato nel territorio, e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità di vita e delle opportunità di salute dei cittadini.

L'Azienda nel recepire pienamente tale principio, ha sviluppato un sistema di partecipazione diffusa per il tramite di una serie di azioni e strumenti:

- ❖ comitato partecipativo e consultivo;
- ❖ consulta sociosanitaria;
- ❖ carta dei servizi sociosanitari;
- ❖ sistema di pubblica tutela;
- ❖ qualità percepita;
- ❖ audit civico;
- ❖ umanizzazione;
- ❖ rispetto della privacy;
- ❖ trasparenza e integrità;
- ❖ piano per l'umanizzazione ex art. 14 del d. lgs.502/92;
- ❖ conferenza dei servizi;



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ consenso informato.



ASL Napoli 3 Sud

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 2

2 Il Valore Pubblico

2.1 *Il valore pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud*

Il concetto di Valore Pubblico è inteso come l'insieme armonico e ponderato degli effetti (impatti) generati dalle decisioni e dalle politiche di un'amministrazione sulla qualità della vita e sul benessere (economico, sociale, ambientale e sanitario) dei cittadini.

Il diritto alla salvaguardia della salute, sancito dalla Costituzione italiana (Art. 32), è l'unico a godere della qualifica di diritto "fondamentale" dell'individuo. Data la sua natura intrinseca di inalienabilità, intrasmissibilità, indisponibilità e irrinunciabilità, esso rappresenta un pilastro essenziale e originario dell'ordinamento giuridico, la cui garanzia è assicurata a tutti, anche a chi si trova in condizioni economiche disagiate, per salvaguardare la dignità della persona.

Il bene della tutela della salute possiede una duplice valenza ontologica: si manifesta, da un lato, come prerogativa individuale e soggettiva, e dall'altro, come dimensione sociale e oggettiva di interesse comune, riflettendo la sua natura di "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Le Linee Guida DFP 2017-2019 sono state integrate e, in parte, superate dall'introduzione del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**. Istituito dal D.L. 80/2021 e pienamente operativo dal 2022, il PIAO è diventato il **documento unico di programmazione** che assorbe la pianificazione della performance (ex-Piano della Performance), la gestione strategica, l'anticorruzione e la trasparenza.

L'ASL Napoli 3 Sud, in linea con le direttive nazionali, pianifica ora la generazione del Valore Pubblico all'interno del PIAO, definendo obiettivi e indicatori di impatto coerenti con questa visione unitaria e integrata della *governance* pubblica.

La misurazione del Valore Pubblico si è orientata in modo più esplicito verso gli indicatori di **Benessere Equo e Sostenibile (BES)**, promossi dall'Istat, e gli **SDGs (Sustainable Development Goals)** dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Questi quadri di riferimento forniscono un set di indicatori standardizzati per valutare gli impatti non solo economici e sociali, ma anche ambientali e sanitari, rafforzando la dimensione "ontologicamente dualista" (individuale e collettiva) del diritto alla salute (Art. 32 Cost.).

Il **PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)** rappresenta il principale motore di investimento pubblico degli ultimi anni. La sua attuazione è strettamente legata alla capacità delle PA di generare Valore Pubblico attraverso progetti di digitalizzazione, transizione ecologica e potenziamento delle infrastrutture sanitarie. Il PNRR richiede una rendicontazione rigorosa basata sul raggiungimento di *milestone* e *target* (KPI), che diventano criteri oggettivi e vincolanti di misurazione del valore generato.

L'approccio dell'ASL Napoli 3 Sud basato sulla matrice interesse/influenza rimane un modello gestionale valido, evolvendosi verso pratiche di *engagement* più strutturate e inclusive:

- ❖ **Linguaggio Inclusivo e Orientato all'Azione:** I termini "deboli" e "appetibili", pur mantenendo la loro logica gestionale, vengono spesso affiancati da descrizioni più orientate all'azione, come "Da Coinvolgere Obbligatoriamente" (per gli stakeholder ad alto interesse e bassa influenza) e "Partner Strategici".
- ❖ **Focus sulla Partecipazione e Co-creazione:** Per gli Stakeholder Essenziali e i Deboli, l'approccio non è più solo di "gestione", ma di "co-creazione" e "strutturazione dell'ascolto". Si riconosce la necessità di

canali formali (come previsto dalle direttive ANAC e dalle logiche di trasparenza) per raccogliere la percezione del Valore Pubblico generato.

- ❖ **Strategia per i Cittadini/Pazienti (Stakeholder ad Alto Interesse/Bassa Influenza):** La strategia è passata da un generico "monitorare" a un esplicito "strutturare l'ascolto". Questo rende la voce dei cittadini e dei pazienti un *input* formale e indispensabile nel processo di pianificazione del PIAO e di misurazione del BES/SDGs, garantendo che le politiche sanitarie rispondano concretamente ai bisogni reali della collettività.

	Influenza Bassa	Influenza Alta
Interesse Alto	Stakeholder Deboli / "Da Coinvolgere Obbligatoriamente"	Stakeholder Essenziali / "Partner Strategici"
Interesse Basso	Stakeholder Marginali / "Monitoraggio Minimo"	Stakeholder Appetibili / "Da Mantenere Soddisfatti"
Strategia: Sforzo minimo, solo monitoraggio occasionale	Strategia: Informare proattivamente e gestire le aspettative	

Figura 7 – La matrice interesse/influenza

È opportuno ricordare che la Carta dei servizi dell'ASL Napoli 3 Sud, adottata con Deliberazione Aziendale n. 194 del 24/03/2016, costituisce uno strumento importante di comunicazione per una efficace relazione tra tutti gli stakeholder: cittadini, pazienti, familiari, volontari, dirigenti e operatori presenti in tutte le strutture sanitarie. La Carta dei Servizi è uno degli strumenti cardine della performance organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud; le Carte dei Servizi delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi per le dipendenze etc., sono alla base della performance organizzativa della singola struttura, premessa necessaria anche all'accesso al premio di risultato. Inoltre, è lo strumento finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione nei servizi aziendali della metodologia da adottare ai fini della definizione degli standard di qualità dei servizi, che dovranno essere assunti dalle singole strutture di erogazione dell'ASL.

L'ASL Napoli 3 Sud riconosce al Valore Pubblico l'accezione di punto di equilibrio tra gli impatti esterni ed interni. Si consideri che *"l'amministrazione crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder: per generare valore pubblico sui cittadini e sugli utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'amministrazione deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili"*, come definito nelle LG n. 2/2017, p. 19. È proprio alla luce di tale riconoscimento che la prima fase, detta di programmazione, posta in essere in modo costante e continuativo dall'ASL Napoli 3 Sud, consiste nell'individuazione delle dimensioni del benessere.

La prima azione è volta a comprendere se il benessere può essere identificato con una singola dimensione di impatto, c.d. benessere specifico, oppure sia composto da più dimensioni di impatti interne ed esterne, c.d. impatti settoriali. Quando si verifica quest'ultima ipotesi, l'ASL Napoli 3 Sud ha il compito preciso di convergere le diverse dimensioni di impatto, al fine di trovare un equilibrio tra i livelli di benessere affinché essi risultino compatibili tra loro. In tale circostanza, ovvero quando le dimensioni sono in conflitto tra loro, si va a creare una sorta di "dilemma degli impatti" e, pertanto, il valore pubblico va ricercato o misurato quale equilibrio ponderato o compromesso complessivamente migliorato tra i diversi impatti settoriali. Questo vuole dire che l'obiettivo diventa quello di trovare l'impatto prioritario e le soglie accettabili nelle altre dimensioni di impatto.

Una volta definite le dimensioni e tenuto conto di quanto definito dalle LG n. 2/2017, secondo cui *"La performance organizzativa deve [...] avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare Valore Pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder."* L'ASL Napoli 3 Sud si è posta lo scopo di:

- ❖ definire gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel triennio oggetto di programmazione, utilizzando le risorse economiche e produttive in modo compatibile con l'aumento del livello di soddisfazione sociale;
- ❖ definire gli indicatori che permettono la misurazione di tali obiettivi.

Il Valore Pubblico deve essere misurato in termini di benessere complessivo, inteso quale indicatore composito sintetico, calcolabile quale media semplice o ponderata degli indicatori analitici di impatto. Il calcolo sintetico del Valore Pubblico permette di monitorare i vari indicatori di impatto potendo quindi intervenire qualora si verifichi uno scostamento tra consuntivo e preventivo.

L'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto imprescindibile l'utilizzo della *logica piramidale*, la quale consente di classificare, secondo un ordine gerarchico, i diversi valori e gli indicatori previsti per gli obiettivi aziendali.

L'ASL Napoli 3 Sud, quindi, persegue costantemente l'obiettivo di incrementare il Valore Pubblico, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza, incrementando tutti i livelli che costituiscono la piramide e che assieme permettono il raggiungimento del Valore Pubblico e consequenzialmente il vero successo della PA.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso, l'Azienda individua logiche di governance che prevedono:

- ❖ una programmazione degli obiettivi da raggiungere, i percorsi da seguire, le risorse da utilizzare;
- ❖ un sistema di monitoraggi periodici che permettono di verificare i percorsi seguiti, le risorse utilizzate, i risultati conseguiti;
- ❖ un meccanismo di coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nella programmazione, attuazione e valutazione che consenta anche la rilevazione della soddisfazione rispetto ai target;
- ❖ un modello di miglioramento continuo basato sulla conoscenza puntuale delle criticità, l'individuazione di strategie di miglioramento e la verifica dell'efficacia delle azioni attuate;

- ❖ una valutazione progressivamente più integrata dei fattori di rischio che possono inficiare la realizzazione del Valore Pubblico, dei fattori predittivi dalla maladministration e di conseguenza delle misure di monitoraggio e mitigazione da mettere in atto per favorire cooperazione e partecipazione che sono esse stesse strategie di realizzazione e di valutazione all'interno di un ciclo continuo .

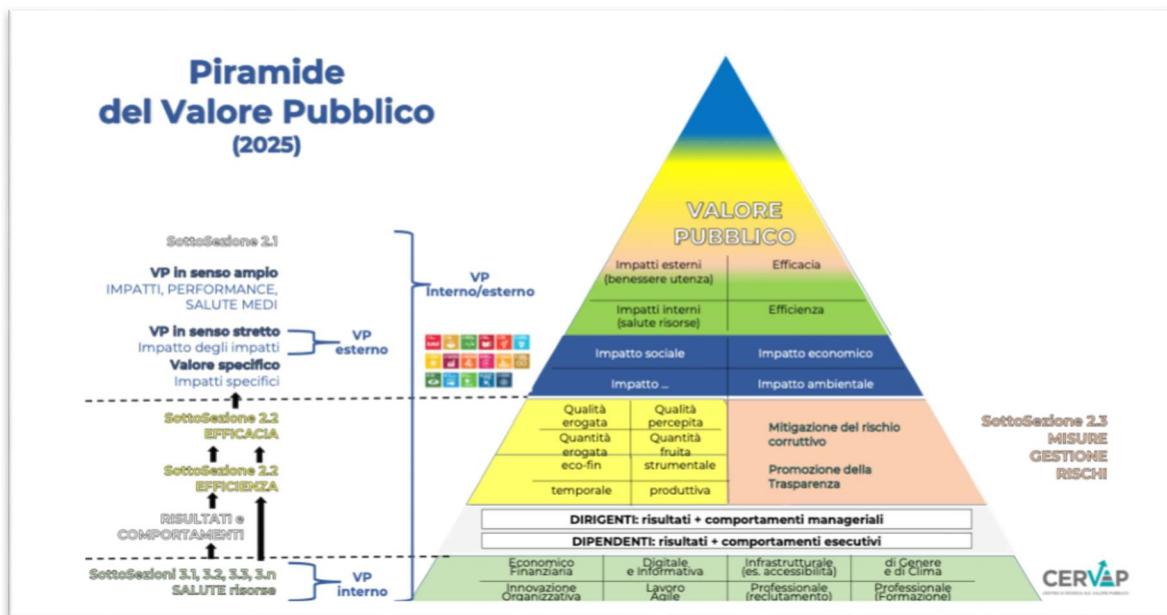


Figura 8 – La piramide del valore pubblico

2.2 Semplificazione e reingegnerizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud

La **reingegnerizzazione dei processi** è lo strumento aziendale per il miglioramento dei servizi, l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire un approccio *cloud-first*, l'adeguamento alle piattaforme abilitanti e il rinnovamento dei siti secondo le Linee guida di Design per la PA.

Il modello strategico del Piano triennale 2024-2026 classifica le sfide organizzative e tecnologiche che le amministrazioni devono affrontare in tre macroaree:

- ❖ Processi;
- ❖ Applicazioni;
- ❖ Tecnologie.

Tale modello ha l'obiettivo di indirizzare le sfide legate sia al funzionamento del sistema informativo di un singolo organismo pubblico, sia al funzionamento del sistema informativo pubblico complessivo dell'intero Paese, nell'ottica del principio *cloud-first* e di una architettura policentrica e federata.

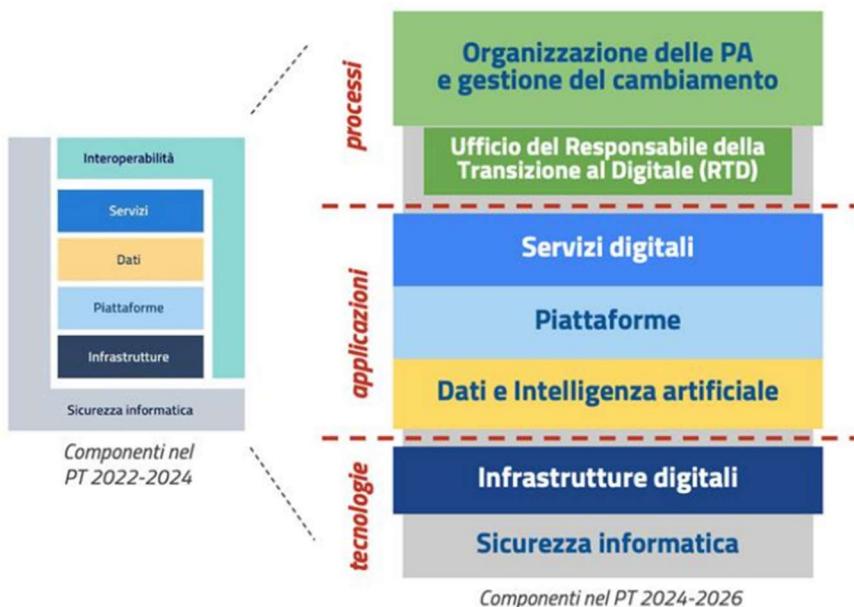


Figura 9 – Strategia digitale e componenti tecnologiche

Il Piano Triennale per l'informatica nella PA 2024-2026 è uno strumento dinamico e ha ricevuto aggiornamenti annuali, con la versione più recente e rilevante rilasciata nell'ottobre 2025 (Aggiornamento 2026).

I principali aggiornamenti e novità, sono:

❖ **Adeguamento Normativo e Focus sull'Intelligenza Artificiale (AI Act)**

- **AI Act:** Il Piano recepisce esplicitamente i requisiti del Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act). Le amministrazioni sono ora formalmente tenute a classificare i sistemi di IA in base al rischio (rischio inaccettabile, alto, limitato, minimo) e ad adottare misure di trasparenza, *accountability* e sicurezza adeguate a ciascuna categoria.
- **Principi Etici e di Governance:** Vengono rafforzati i principi guida per l'uso dell'IA, con particolare enfasi su trasparenza, interpretabilità dei modelli, inclusività e non discriminazione. È stata ampliata la sezione degli "Strumenti" per supportare le PA nella *governance* dei progetti basati sull'IA.
- **Direttiva NIS 2:** È stato introdotto il riferimento al recepimento della Direttiva NIS 2 (Decreto legislativo n. 138 del 4 settembre 2024) in materia di sicurezza informatica, che definisce requisiti stringenti per i soggetti che erogano servizi essenziali, inclusi quelli sanitari.

❖ **Rafforzamento delle Infrastrutture Digitali e Interoperabilità**

- **Piattaforme Abilitanti:** Resta centrale l'obbligo di adeguamento alle piattaforme nazionali (SPID/CIE, PagoPA, App IO, ecc.).

- **Cloud-First e PSN:** Si conferma e rafforza l'approccio *cloud-first*, incentivando la migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN) per garantire sicurezza e continuità operativa.
- **Interoperabilità Semantica:** L'aggiornamento 2026 introduce nuovi strumenti e linee guida per l'interoperabilità semantica, essenziale per far "dialogare" le banche dati pubbliche (principio *once only*) e trasformare i dati in salute e servizi efficienti, un punto critico per la sanità digitale.

❖ **Competenze e Sostenibilità Digitale**

- **Sostenibilità Digitale:** La "Sostenibilità Digitale" è stata elevata a principio guida del Piano 2024-2026 fin dall'inizio, e l'aggiornamento ne rafforza l'applicazione, richiedendo alle PA di valutare attentamente gli impatti ambientali ed energetici delle tecnologie adottate (*Green IT*).
- **Sviluppo delle Competenze (E-Leadership):** Riconoscendo il *gap* di competenze, il Piano dedica maggiore attenzione alla formazione e allo sviluppo delle capacità di *e-leadership* nelle amministrazioni, anche attraverso accordi di collaborazione con università e istituti di ricerca.

Per l'ASL Napoli 3 Sud, questi aggiornamenti implicano la necessità di:

- ❖ **Integrare l'AI Act** nella pianificazione della Cabina di Regia, garantendo che i nuovi progetti di IA (es. decongestionamento PS) rispettino i requisiti di rischio e trasparenza.
- ❖ **Adeguare i sistemi alla Direttiva NIS 2**, rafforzando ulteriormente la sicurezza informatica dei dati sensibili dei pazienti.
- ❖ **Sfruttare gli strumenti di interoperabilità** per migliorare l'integrazione tra il sistema informativo ospedaliero e i servizi territoriali (DEC Farmacie), massimizzando l'efficacia del Valore Pubblico generato.

Le amministrazioni pubbliche devono affrontare molte sfide nel perseguire l'utilizzo dell'intelligenza artificiale. Per sistema di Intelligenza Artificiale (IA) si intende un sistema automatico che, per obiettivi esplicativi o impliciti, deduce dagli input ricevuti come generare output come previsioni, contenuti, raccomandazioni o decisioni che possono influenzare ambienti fisici o virtuali. I sistemi di IA variano nei loro livelli di autonomia e adattabilità dopo l'implementazione.



Figura 10 – Sistema di intelligenza artificiale

L'intelligenza artificiale ha il potenziale per essere una tecnologia estremamente utile, o addirittura dirompente, per la modernizzazione del settore pubblico. L'IA sembra essere la risposta alla crescente necessità di migliorare l'efficienza e l'efficacia nella gestione e nell'erogazione dei servizi pubblici. Tra le potenzialità delle tecnologie di intelligenza artificiale si possono citare le capacità di:

- ❖ automatizzare attività di ricerca e analisi delle informazioni semplici e ripetitive, liberando tempo di lavoro per attività a maggior valore;
- ❖ aumentare le capacità predittive, migliorando il processo decisionale basato sui dati;
- ❖ supportare la personalizzazione dei servizi incentrata sull'utente, aumentando l'efficacia dell'erogazione dei servizi pubblici anche attraverso meccanismi di proattività. L'Unione Europea mira a diventare leaderstrategico nell'impiego dell'intelligenza artificiale nel settore pubblico. Questa intenzione è chiaramente espressa nella Comunicazione "Piano Coordinato sull'Intelligenza Artificiale" COM (2021) 205 del 21 aprile 2021 in cui la Commissione europea propone specificamente di "rendere il settore pubblico un pioniere nell'uso dell'IA".

Di seguito, si riportano alcuni principi generali che dovranno essere adottati dalle pubbliche amministrazioni e declinati in fase di applicazione tenendo in considerazione lo scenario in veloce evoluzione.

- ❖ **Miglioramento dei servizi e riduzione dei costi.** Le pubbliche amministrazioni concentrano l'investimento in tecnologie di intelligenza artificiale nell'automazione dei compiti ripetitivi connessi ai servizi istituzionali obbligatori e al funzionamento dell'apparato amministrativo. Il conseguente recupero di risorse è destinato al miglioramento della qualità dei servizi anche mediante meccanismi di proattività.
- ❖ **Analisi del rischio.** Le amministrazioni pubbliche analizzano i rischi associati all'impiego di sistemi di intelligenza artificiale per assicurare che tali sistemi non provochino violazioni dei diritti fondamentali della

persona o altri danni rilevanti. Le pubbliche amministrazioni adottano la classificazione dei sistemi di IA secondo le categorie di rischio definite dall'AI Act.

- ❖ **Trasparenza, responsabilità e informazione.** Le pubbliche amministrazioni pongono particolare attenzione alla trasparenza e alla interpretabilità dei modelli di intelligenza artificiale al fine di garantire la responsabilità e rendere conto delle decisioni adottate con il supporto di tecnologie di intelligenza artificiale. Le amministrazioni pubbliche forniscono informazioni adeguate agli utenti al fine di consentire loro di prendere decisioni informate riguardo all'utilizzo dei servizi che sfruttano l'intelligenza artificiale.
- ❖ **Inclusività e accessibilità.** Le pubbliche amministrazioni sono consapevoli delle responsabilità e delle implicazioni etiche associate all'uso delle tecnologie di intelligenza artificiale. Le pubbliche amministrazioni assicurano che le tecnologie utilizzate rispettino i principi di equità, trasparenza e non discriminazione.
- ❖ **Privacy e sicurezza.** Le pubbliche amministrazioni adottano elevati standard di sicurezza e protezione della privacy per garantire che i dati dei cittadini siano gestiti in modo sicuro e responsabile. In particolare, le amministrazioni garantiscono la conformità dei propri sistemi di IA con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di sicurezza cibernetica.
- ❖ **Formazione e sviluppo delle competenze.** Le pubbliche amministrazioni investono nella formazione e nello sviluppo delle competenze necessarie per gestire e applicare l'intelligenza artificiale in modo efficace nell'ambito dei servizi pubblici.
- ❖ **Standardizzazione.** Le pubbliche amministrazioni tengono in considerazione, durante le fasi di sviluppo o acquisizione di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale, le attività di normazione tecnica in corso a livello internazionale e a livello europeo da CEN e CENELEC con particolare riferimento ai requisiti definiti dall'AI Act.
- ❖ **Sostenibilità.** Le pubbliche amministrazioni valutano attentamente gli impatti ambientali ed energetici legati all'adozione di tecnologie di intelligenza artificiale e adottando soluzioni sostenibili dal punto di vista ambientale.
- ❖ **Foundation Models (Sistemi IA “ad alto impatto”).** Le pubbliche amministrazioni, prima di adottare foundation models “ad alto impatto”, si assicurano che essi adottino adeguate misure di trasparenza che chiariscono l'attribuzione delle responsabilità e dei ruoli, in particolare dei fornitori e degli utenti del sistema di IA.
- ❖ **Dati.** Le pubbliche amministrazioni, che acquistano servizi di intelligenza artificiale tramite API, valutano con attenzione le modalità e le condizioni con le quali il fornitore del servizio gestisce i dati forniti dall'amministrazione con particolare riferimento alla proprietà dei dati e alla conformità con la normativa vigente in materia di protezione dei dati e privacy.

Le pubbliche amministrazioni pongono particolare attenzione alla trasparenza e alla interpretabilità dei modelli di intelligenza artificiale al fine di garantire la responsabilità e rendere conto delle decisioni adottate con il supporto di tecnologie di intelligenza artificiale. Le amministrazioni pubbliche forniscono informazioni adeguate agli utenti al fine di consentire loro di prendere decisioni informate riguardo all'utilizzo dei servizi che sfruttano l'intelligenza artificiale.

Nel 2024 la Direzione Strategica ha costituito una cambina di Regia aziendale a supporto di un programma di evoluzione strategica digitale dell'Asl Napoli 3 Sud, che prevede quattro linee di attività:

- ❖ Ottimizzazione sistema informativo ospedaliero;
- ❖ Empowerment dei cittadini;
- ❖ Decongestionamento dei Pronto Soccorso;
- ❖ Supporto DEC Farmacie.

L'obiettivo è quello di accompagnare l'Asl Napoli 3 Sud nel potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA di I e II Livello attraverso lo sviluppo di servizi digitali moderni e innovativi incentrati sul cittadino e lo sviluppo di funzionalità in grado di incrementare il grado di adoption dei principali applicativi che costituiscono il sistema informativo ospedaliero.

Digitalizzazione dei processi amministrativi e Cybersecurity

L'evoluzione della normativa in materia di digitalizzazione dei processi amministrativi e cybersecurity, in particolare nel settore sanitario, si sta muovendo a un ritmo serrato, spinto dalla necessità di garantire la sicurezza dei dati in un'epoca di crescente interconnessione. Nel 2025, il panorama normativo italiano si è arricchito di importanti novità, che delineano un quadro più strutturato e stringente per le Aziende Sanitarie.

La Direttiva NIS 2 rappresenta il pilastro portante dell'approccio europeo alla cybersicurezza. Estendendo l'obbligo di adottare misure di sicurezza adeguate a un numero maggiore di enti nel settore sanitario, questa normativa impone standard più elevati di resilienza e obblighi di notifica degli incidenti informatici.

Le strutture sanitarie non possono più permettersi un approccio superficiale alla sicurezza informatica. Devono implementare misure tecniche e organizzative rigorose e formare adeguatamente il personale. L'istituzione di un tavolo settoriale presso il Ministero della Salute conferma l'attenzione specifica verso le peculiarità del comparto.

- ❖ il Regolamento **EHDS** entrato in vigore a marzo 2025, mira a facilitare lo scambio sicuro dei dati sanitari a livello transfrontaliero.
- ❖ Se da un lato l'EHDS offre enormi opportunità per la ricerca e la cura dei pazienti, dall'altro richiede l'adozione di standard di interoperabilità e sicurezza comuni, garantendo che il cittadino mantenga un controllo effettivo sui propri dati sensibili.

La recente legge sull'IA (Legge 23 settembre 2025, n. 132) introduce un quadro normativo per l'uso dell'intelligenza artificiale, che sta diventando sempre più diffusa in ambito medico-sanitario (diagnostica, *data analysis*). La legge definisce le regole del gioco, ponendo l'accento sulla sicurezza, l'etica e la responsabilità nell'uso di sistemi basati sull'IA, soprattutto quando coinvolgono dati sanitari e dispositivi medici.

La prima direttiva NIS vs NIS 2

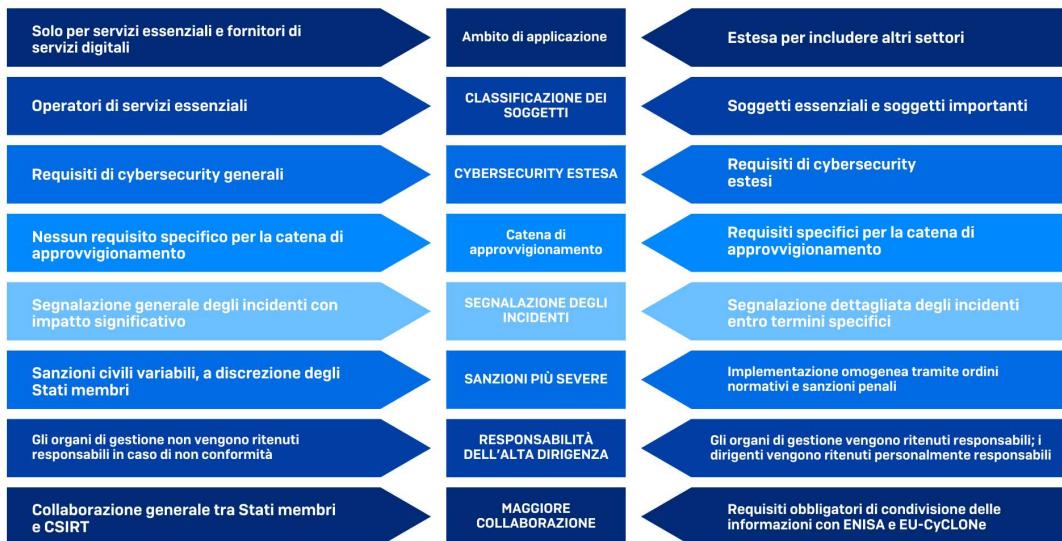


Figura 11 – Sistema NIS 2 per la gestione dei rischi informatici

2.3 Strategie di innovazione dei processi clinico sanitari

Tutto quanto fa riferimento al mondo della Sanità rientra nella sesta Missione del PNRR, la Missione Salute, a sua volta organizzata in Componenti e Investimenti.

Tra gli obiettivi vi è quello di potenziare laddove già esistano oppure creare ex novo presidi territoriali per potenziare l'offerta e l'assistenza domiciliare, anche con lo sviluppo della telemedicina, in un'ottica di sempre maggiore integrazione con i servizi sanitari.

Il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante *“Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”* e il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 23 novembre 2021, assegnano alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari.

La Missione 6 Salute contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti:

- ❖ Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:
 - Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina, ovvero, Casa come primo luogo di cura (ADI), Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) e telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
- ❖ Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario:

- Aggiornamento tecnologico e digitale;
- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Con la Componente della Missione 6 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” occorre puntare al rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Le risorse sono anche destinate a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano dell’ASL Napoli 3 mediante il potenziamento della formazione del personale. In particolare, i servizi che maggiormente possono trarre benefici dalle tecnologie digitali sono:

- ❖ il fascicolo sanitario elettronico 2.0;
- ❖ la interoperabilità dei dati;
- ❖ la telemedicina e lo sviluppo di modelli di erogazione dei servizi al territorio;
- ❖ le ricette digitali;
- ❖ la cartella clinica elettronica;
- ❖ la medicina preventiva e l’adozione di modelli di intelligenza artificiale.

Il PNRR prevede anche un significativo potenziamento dell’infrastruttura tecnologica e applicativa, con l’obiettivo di migliorare la raccolta, il processo e la produzione dei dati e sviluppare strumenti di analisi avanzata necessari non solo per studiare fenomeni complessi, ma anche per elaborare scenari predittivi con l’obiettivo di programmare i servizi sanitari necessari e rilevare fenomeni e patologie emergenti. L’ASL Napoli 3 sud ha deciso di adottare un approccio basato sulle evidenze per migliorare la capacità di offerta, aumentando l’appropriatezza e la tempestività nella presa in carico. Per tale motivo saranno avviate molteplici iniziative progettuali, volta alla conoscenza approfondita delle caratteristiche della domanda (tipologia pazienti, frequenza e intensità delle cure richieste, disponibilità e supporto delle cure prestate) e dell’offerta (configurazioni, ruoli, prestazioni e performance).

Il PNRR ha destinato alla Missione Salute € 15,63 miliardi, pari all’8,16% dell’importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale, da realizzare entro il 2026. Ma complessivamente le risorse straordinarie per l’attuazione del PNRR e il rinnovamento della sanità pubblica italiana superano i 20 miliardi di euro. Tra queste, le risorse introdotte dall’Italia con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR (PNC), che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)



Figura 12 – Missione salute 2021-2026

La telemedicina e i LEA

Nel 2025, la sanità italiana ha consolidato un percorso di trasformazione digitale che vede la **telemedicina** non più come una soluzione di emergenza, ma come una **componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**. Questo cambiamento, guidato da una normativa dettagliata e da infrastrutture tecnologiche robuste, mira a garantire un'assistenza capillare, efficiente e sicura su tutto il territorio nazionale.

L'integrazione a regime nei LEA è stata formalizzata da un **Decreto Ministeriale sulle Tariffe**, che ha definito compensi univoci a livello nazionale per prestazioni come la televisita, il teleconsulto e il telemonitoraggio, superando le precedenti disomogeneità regionali e fornendo un quadro economico certo entro la scadenza del 31 luglio 2025. Le prestazioni si concentrano prevalentemente sulla gestione dei pazienti cronici e rari, riducendo l'impatto sulle strutture ospedaliere.

A livello infrastrutturale, la **Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT)**, gestita da AGENAS, funge da pilastro tecnologico, garantendo l'interoperabilità tra le diverse Infrastrutture Regionali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di ciascun paziente, assicurando così la continuità assistenziale. Parallelamente, sono state aggiornate linee guida operative e sono proseguiti gli investimenti del PNRR per la formazione del personale e il raggiungimento di ambiziosi obiettivi di copertura assistenziale.

In questo contesto normativo e tecnologico, l'**ASL Napoli 3 Sud** si è mossa con decisione per implementare queste direttive, come dimostra la **Delibera N. 1362 del 17/11/2023**. L'azienda ha avviato un progetto strategico per la digitalizzazione delle cartelle cliniche e la dematerializzazione dei consensi informati, rispondendo ai requisiti della DGR 354/2023 della Regione Campania. Questa iniziativa è cruciale anche in ottica di cybersecurity: di fronte ai crescenti attacchi informatici nel settore, l'ASL intende proteggere i dati sensibili da accessi non autorizzati e manipolazioni, in linea con il GDPR, la Direttiva NIS 2 e la Strategia Nazionale di Cybersicurezza.

Sul fronte dell'erogazione dei servizi, l'ASL Napoli 3 Sud ha già attivato la **televisita per i pazienti oncologici**, integrata con il CUP regionale tramite la piattaforma Sinfonia, garantendo efficienza e riducendo gli spostamenti per i pazienti fragili. L'azienda contribuisce inoltre all'implementazione del FSE 2.0 regionale, permettendo ai cittadini di accedere ai propri documenti sanitari tramite l'app "Campania in Salute".

Pertanto, nel 2025, la digitalizzazione e la cybersicurezza sono diventate indissolubilmente legate: la telemedicina è una realtà operativa, ma il suo successo e la sua sicurezza dipendono dall'adozione di misure stringenti e dall'integrazione sistematica delle normative a tutti i livelli, da quello nazionale e regionale fino alla gestione operativa della singola ASL.



Figura 13 – Telemedicina

Il servizio di Telemedicina aziendale è nato come supporto ed evoluzione tecnologica della gestione dei processi territoriali. Nell'ambito dei protocolli di Telemedicina sono state configurate procedure di visite specialistiche pneumologiche, cardiache e pediatriche, in associazione al Teleconsulto ed all'impiego di device avanzati. Nello specifico, la tele-visita specialistica è effettuata con la presenza di un infermiere a domicilio che supporta il paziente nella gestione della tecnologia domiciliare e nella rilevazione di parametri che possono essere trasmessi a distanza, tramite la piattaforma informatica, allo specialista che opera da remoto con devices *“one to many”*.

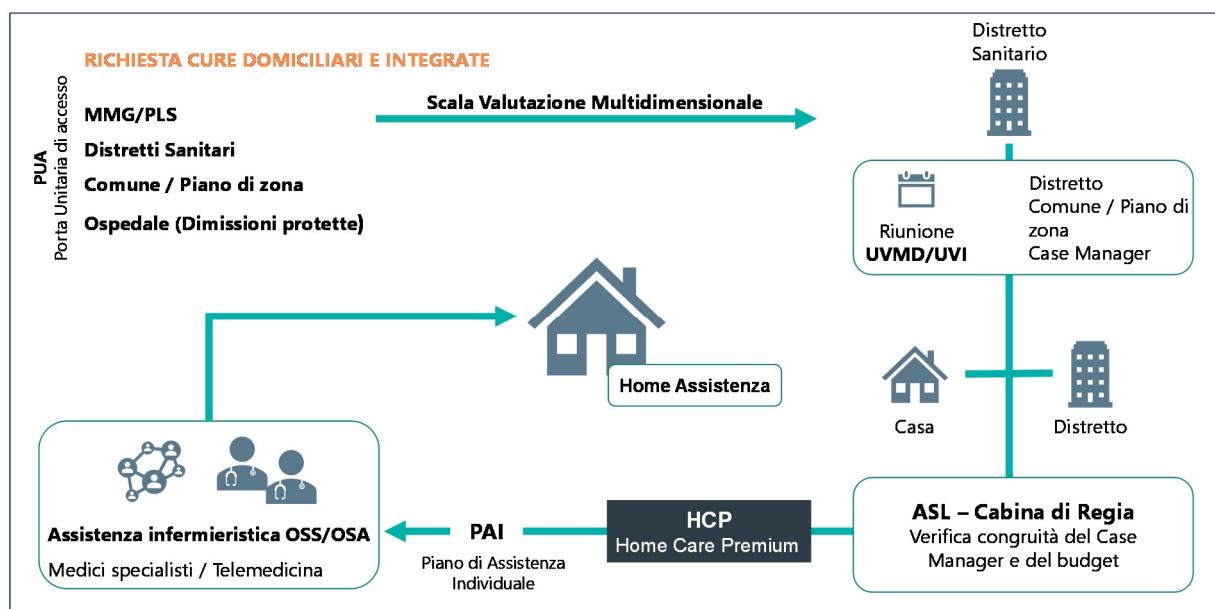


Figura 14 – L'assistenza attraverso la telemedicina

Sempre nell'ambito del progetto SMART LEA è stata istituita la Cartella clinica psicologia informatizzata. Essa, oltre ad accogliere i dati anagrafici del paziente, contiene anche un quadro generale dell'assistito, della sua situazione e degli eventuali disturbi per cui ha richiesto l'aiuto psicologico. Nell'ambito delle patologie croniche, tramite le moderne tecnologie di comunicazione, i pazienti diabetici possono condividere, agevolmente, con il proprio medico i propri dati glicemici e di terapia insulinica, ottenendo indicazioni terapeutiche sia per la routine quotidiana che per situazioni a rischio di scompenso glicemico come le malattie intercorrenti. Il servizio di Telemedicina, inoltre, è risultato molto utile anche per la gestione dei pazienti affetti da scompensi cardiaci, malattie respiratorie, in fase perinatale o impegnati in percorsi riabilitativi.

La gestione integrata del paziente consente:

- ❖ la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- ❖ l'organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- ❖ l'identificazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali che possano garantire un'assistenza integrata e personalizzata (MMG, specialisti, infermieri, dietisti, riabilitatori, ecc.);
- ❖ la programmazione degli interventi di prevenzione, diagnosi, e cura per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti gli stadi con la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- ❖ la creazione di un sistema informativo idoneo a valutare i processi di diagnosi e gli esiti delle valutazioni ma, soprattutto, a condividere tra operatori sanitari le informazioni necessarie per la gestione dei pazienti.

I dati sanitari e la medicina preventiva

In Italia, i dati sanitari e le attività di medicina preventiva per il 2025 sono principalmente guidati dal **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025** (PNP). Questo piano definisce la cornice strategica a livello nazionale, che viene poi attuata a livello regionale e locale dalle singole ASL.

Il PNP 2020-2025 rappresenta lo strumento fondamentale per la pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute in Italia. La Regione Campania, come le altre regioni, ha recepito e attuato questo piano attraverso un proprio **Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025**.

Gli obiettivi principali includono:

- ❖ Rafforzare l'approccio basato sul ciclo di vita (life-course approach), intervenendo precocemente per risultati di salute a lungo termine;
- ❖ Promuovere la salute nei luoghi di lavoro e nelle scuole;
- ❖ Sviluppare un approccio integrato e di rete tra ospedali e territorio, particolarmente critico data la carenza di medici di medicina generale prevista anche per il 2025;
- ❖ Adeguare i protocolli di screening oncologici (es. mammella, cervice uterina).

Il fascicolo sanitario elettronico 2.0

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0**, nel 2025, rappresenta ormai una realtà consolidata della sanità italiana, non più un progetto futuro, ma uno strumento operativo fondamentale, spinto da un quadro normativo

nazionale rafforzato e dagli investimenti mirati del PNRR. L'obiettivo a livello nazionale è chiaro: garantire che la storia clinica del paziente sia accessibile in modo sicuro e tempestivo su tutto il territorio.

A livello nazionale, il 2025 è l'anno del consolidamento: l'85% dei medici di base deve alimentare regolarmente il sistema e tutte le Regioni devono essere pienamente operative. Le nuove specifiche tecniche per l'interoperabilità tra i sistemi regionali e l'Infrastruttura Nazionale (INI) garantiscono che i dati seguano il paziente, superando i confini territoriali. Anche le modalità di interazione con i cittadini sono state aggiornate: da febbraio 2025 è richiesto un consenso esplicito per ricevere notifiche di ricette elettroniche via e-mail o SMS, e le linee guida per la gestione del consenso alla consultazione sono state integrate con nuovi contenuti clinici, come il *Patient Summary*.

In questo contesto, la **Regione Campania** ha investito risorse significative, circa 68 milioni di euro, per sviluppare un proprio portale integrato, parte dell'ecosistema digitale **SINFONIA**. Il FSE campano è accessibile tramite SPID o CIE e include una vasta gamma di documenti: dai referti alle lettere di dimissione, dai certificati vaccinali alle prescrizioni.

L'**ASL Napoli 3 Sud** è parte integrante di questo sistema. La Delibera N. 1362 del 2023, che prevede la digitalizzazione delle cartelle cliniche cartacee, è un'azione funzionale all'integrazione di questi dati nel FSE regionale, centralizzando le informazioni e migliorando l'efficienza clinica. L'ASL ha inoltre promosso specifici piani di formazione per il personale sanitario, per garantire che l'alimentazione del fascicolo sia corretta e tempestiva. In linea con la normativa regionale (informativa aggiornata ad aprile 2025), l'ASL assicura la massima sicurezza e riservatezza dei dati, in conformità al GDPR.



Figura 15 – Fascicolo sanitario elettronico

L'ASL Napoli 3 Sud intende affrontare, attraverso la realizzazione del FSE 2.0, le nuove sfide del Sistema Sanitario Nazionale, quali il progressivo invecchiamento demografico, il divario territoriale di accesso alle cure, la proliferazione delle informazioni medico-sanitarie e la risposta ad eventuali emergenze sanitarie.

Il risk management

L'ASL Napoli 3 Sud adotta i principi e gli strumenti del governo clinico per la promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e il mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica, garantendo la qualità e la sicurezza delle cure. L'UOC Clinical Risk Management sicurezza e qualità delle cure assume la funzione aziendale di Risk Management, a cui è affidata la seguente mission "l'identificazione dei rischi potenziali legati alle cure erogate, la comprensione dei fattori che influenzano gli eventi, l'apprendimento da lezioni derivate da eventuali eventi avversi, l'applicazione di azioni per prevenire la ricorrenza degli eventi, al fine di promuovere e favorire la minimizzazione dei rischi per i pazienti e garantire la sicurezza e la qualità delle cure".

In particolare, svolge le seguenti attività:

- ❖ diffusione delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio di accadimento di eventi sentinella ed eventi avversi;
- ❖ promozione della cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della gestione del rischio clinico;
- ❖ promozione di un efficace sistema di gestione del rischio clinico, anche attraverso l'identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi, interviste al personale, audit clinici, significant event audit, safety walkaround, con un approccio sia reattivo che pro-attivo, analisi storica di eventi accidentali, reclami) e l'individuazione di azioni correttive e di miglioramento per la riduzione degli eventi avversi e lo sviluppo di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- ❖ promozione delle segnalazioni degli errori, degli eventi avversi e degli eventi evitati (near miss) anche attraverso l'implementazione di processi di informatizzazione;
- ❖ predisposizione del Piano Annuale Aziendale di Risk Management (P.A.R.M.) e dei relativi progetti operativi specifici, in collaborazione con le articolazioni interessate;
- ❖ promozione delle azioni per l'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, stimolando la cultura "no blame" per l'individuazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde, al fine di adottare specifici piani di miglioramento, attivazione di processi strutturati di analisi;
- ❖ promozione dell'applicazione delle metodologie e degli strumenti di provata efficacia per l'identificazione, analisi, valutazione e controllo del rischio clinico e degli eventi avversi, quali FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), SWR (Safety WalkRound), SEA (Significant Event Audit), RCA (Root Cause Analysis), M&M (Morbidity & Mortality) e sostegno ai professionisti nella loro realizzazione; - analisi preliminare della documentazione e delle procedure (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);
- ❖ identificazione di situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nelle aree e interviste del personale operativo);

- ❖ supporto al sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale, dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza e qualità dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti con il raggiungimento di piena conformità ai requisiti definiti dal “Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità” MIGeRIS elaborato da Luiss Business School;
- ❖ promozione delle azioni per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: riduzione del rischio (ICA) e uso responsabile antibiotici;
- ❖ supporto ai professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list, etc. per la prevenzione degli errori e monitoraggio dell'applicazione;
- ❖ promozione e supporto per la progettazione, redazione e revisione delle procedure aziendali in tema di rischio clinico;
- ❖ raccolta ed analisi dei dati relativi al contenzioso, utilizzando le informazioni raccolte per il miglioramento continuo dell'attività assistenziale (segnalazione di eventuali criticità, organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, individuazione di eventuali azioni preventive volte a diminuire il verificarsi dell'evento, attuazione di ogni forma di comunicazione utile a migliorare i rapporti con gli utenti, etc.);
- ❖ studio degli eventi oggetto del contenzioso, con il coinvolgimento delle strutture e degli operatori coinvolti, per la ricostruzione delle circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico (approfondire le ragioni che hanno consentito il verificarsi o quasi dell'evento e facilitare l'adozione di eventuali azioni correttive) al fine di prevenire eventi simili e contenere il contenzioso;
- ❖ raccolta, analisi e studio dei dati relativi al contenzioso, al fine di prevenire eventi simili e limitare le richieste di risarcimento;
- ❖ supporto ai lavori del Comitato Valutazione Sinistri, quale componente uditore, al fine di garantire un percorso virtuoso di miglioramento di sicurezza e qualità delle cure, applicando le metodologie del Clinical Risk Management (FMEA, SWR, SEA, RCA, etc.);
- ❖ coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri, onde garantire a tutti gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità;
- ❖ partecipazione a Comitati, Commissioni, Tavoli Tecnici e gruppi di lavoro per supportare le attività di gestione del rischio e promozione della sicurezza e qualità delle cure.

2.4 **Strategie di innovazione dei processi amministrativo-contabili**

Le aziende sanitarie sono ben consapevoli dei benefici apportati dalla digitalizzazione dei processi più lunghi, come, per esempio, la partecipazione a una gara pubblica o il processo di adozione di provvedimenti dirigenziali. Pertanto, l'informatizzazione dei processi amministrativi rappresenta la leva per semplificare le procedure, ridurre i tempi e i costi di lavorazione.

In coerenza con quanto previsto dagli obblighi nazionali e regionali, l'ASL Napoli 3 Sud ha implementato un percorso di digitalizzazione volto al miglioramento dei servizi sanitari offerti. Infatti, in questo modo, è possibile

ottenere un miglioramento del governo gestionale, con il conseguente miglioramento della capacità di pianificare l'uso di risorse e beni.

Il ciclo della performance aziendale

In quest'ottica, l'ASL Napoli 3 Sud ha avviato il ciclo delle performance con il sistema GZoom, che consente di gestire le linee programmatiche dell'Ente e gli obiettivi di budget che ne derivano. Tale soluzione consente di quantificare il valore creato dall'organizzazione, misurandone i livelli di efficacia legati alla gestione delle performance ed i livelli di efficienza legati al controllo dei processi di gestione delle attività. Inoltre, è permesso di proteggere l'ASL Napoli 3 Sud dai rischi di *compliance* normativa e corporate, di condividere con gli *stakeholder* la rendicontazione e il bilancio di sostenibilità e di analisi dei dati sanitari.

Il riordino delle procedure contabili

Il DCA n. 27 del 05/03/2019, riguardante il riordino delle procedure amministrativo-contabili e l'adozione del Piano dei Centri di rilevazione delle attività, dei ricavi, dei costi e delle variabili produttive di interesse regionale, ha l'obiettivo di migliorare il governo del servizio sanitario e di sviluppare un sistema di monitoraggio continuo. In tale ottica, l'ASL Napoli 3 Sud ha allineato il suo operato ai dettami normativi regionali. In particolare, ha provveduto all'adozione di procedure amministrativo-contabili che disciplinano le attività operative e di controllo minime, necessarie per garantire la corretta rilevazione dei fatti di gestione aziendale e, quindi, l'attendibilità dei dati contabili. In particolare, è stata realizzata un'iniziativa progettuale volta al ridisegno di tali processi.

A conclusione delle attività progettuali è stato elaborato, a livello aziendale, un manuale di gestione del processo di liquidazione dei documenti passivi a supporto delle strutture organizzative aziendali per la gestione dei Workflow di liquidazione dei documenti passivi. Quest'ultimo è stato strutturato in linea con il nuovo modello gestionale, disegnato sulla base dei principi declinati dalle attuali spinte evolutive dei processi amministrativo-contabili.

Tali linee di sviluppo interessano:

- ❖ i Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC);
- ❖ l'armonizzazione contabile;
- ❖ la dematerializzazione dei processi (ordine elettronico e fatturazione elettronica);
- ❖ l'efficacia e la semplificazione amministrativa.

Attraverso il manuale gestionale, l'ASL Napoli 3 Sud ha:

- ❖ contestualizzato l'intero processo di acquisizione e liquidazione della fattura in un'azienda Sanitaria;
- ❖ descritto dettagliatamente tutte le sottofasi dell'intero processo;
- ❖ individuato i ruoli e le responsabilità dei diversi attori coinvolti per ogni sottofase del processo;
- ❖ individuati e descritti i casi particolari che derogano quanto di norma definito per la gestione del processo di acquisizione e liquidazione della fattura.

La privacy

Il diritto alla protezione dei dati personali è un diritto fondamentale dell'individuo ai sensi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 8), tutelato dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del

Consiglio del 27 aprile 2016, dal d.lgs 30 giugno 2003, n.196 e ss.mm.ii. L'ASL Napoli 3 Sud, in persona del legale rappresentante pro-tempore il Direttore Generale, è il Titolare del Trattamento dei Dati, il quale, a sua volta, nomina il Data Protection Officer (DPO), i Responsabili del Trattamento dei dati effettuati per conto dell'ASL Napoli 3 Sud (soggetti esterni all'Azienda) e gli autorizzati al trattamento. Il Titolare garantisce il corretto trattamento dei dati, secondo il principio di accountability e adotta le necessarie misure per la protezione degli stessi.

L'ambito sanitario, data la natura sensibile dei dati personali trattati, rappresenta uno scenario in cui le esigenze di protezione individuale in materia di privacy assumono carattere prioritario. In tale prospettiva, l'ASL Napoli 3 Sud si è adoperata, attraverso la Deliberazione Aziendale n. 920 del 04/12/2020, per adottare servizi di data *protection officer* e di *compliance privacy* ai fini dell'accertamento del rispetto delle previsioni del regolamento europeo GDPR da parte dell'ASL stessa.

In coerenza a quanto stabilito da tale regolamento, l'ASL Napoli 3 Sud ha introdotto un approccio basato sul principio di "responsabilizzazione", ossia basato sul rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali, adottando misure compatibili alla normativa.

Pertanto, ci si avvale del supporto della U.O.S. Privacy, la quale ha il compito di:

- ❖ supporto alle articolazioni aziendali nella predisposizione della specifica documentazione privacy relativamente ai processi interni e/o esterni che richiedono adeguata regolamentazione in materia;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento delle informative privacy per i soggetti interessati (utenza, dipendenti, fornitori etc.);
- ❖ predisposizione atti di nomina ex art. 28 GDPR (necessaria per il censimento nonché la responsabilizzazione di tutti i soggetti esterni che a vario titolo esercitano attività a loro demandate dal Titolare del Trattamento);
- ❖ predisposizione atti di nomina ex art.29 GDPR (riferita ai Direttori/responsabili delle articolazioni aziendali e a tutto il personale autorizzato al trattamento dei dati);
- ❖ predisposizione ed aggiornamento del Registro delle attività di trattamento ex art.30 GDPR;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento della Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA: Data Protection Impact Assessment) prevista dall'art. 35 GDPR;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento di regolamenti, procedure, indirizzi, codici comportamentali e linee guida tese a disciplinare i processi aziendali al fine di assicurare una corretta e puntuale attuazione della specifica normativa in materia di tutela della privacy;
- ❖ monitoraggio dell'effettiva attuazione delle policy adottate dall'Azienda in materia di protezione dei dati personali;
- ❖ supporto al Data Protection Officer aziendale nelle attività a lui demandate dalla vigente normativa, nonché nelle attività di audit presso le articolazioni aziendali e nei contatti con l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personalini;
- ❖ predisposizione ed esecuzione di un piano di audit interno rivolto a tutte le articolazioni aziendali e finalizzato alla verifica dello stato di compliance privacy aziendale;
- ❖ predisposizione ed aggiornamento di regolamenti e procedure per la gestione dei Data Breach (violazione dei dati personali);

- ❖ aggiornamento costante dell'apposita sezione "Privacy" del sito web aziendale in via diretta ovvero mediante l'ausilio della UOC Relazioni con il Pubblico;
- ❖ promozione e predisposizione di iniziative di formazione permanente per la diffusione della cultura della privacy rivolte al personale dipendente, di concerto con la UOC Formazione e Sviluppo Risorse Umane;
- ❖ supporto alla UOC Affari Legali per la composizione delle controversie in materia di Protezione di Dati Personalini.

Il Nodo Smistamento Ordini

Il **Nodo Smistamento Ordini (NSO)**, introdotto con la **Legge di Bilancio 2018**, rappresenta ormai un pilastro inamovibile nel panorama della digitalizzazione degli acquisti della Pubblica Amministrazione italiana. Nel 2025, non si parla più di un'imminente novità, ma di un sistema pienamente a regime, essenziale per la gestione efficiente e trasparente del ciclo degli acquisti, in particolare per il vasto mondo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'obiettivo originario era chiaro: dire addio alla carta e digitalizzare l'intero processo d'ordine. Oggi, l'obbligo di utilizzare l'NSO è consolidato per tutti gli Enti del SSN, dalle ASL agli ospedali, e per i loro fornitori. La copertura è totale: dopo una prima fase concentrata sui beni, l'obbligo è stato esteso con successo anche agli ordini relativi ai **servizi** dal 1° gennaio 2021.

Il sistema garantisce una tracciabilità impeccabile, dal momento in cui l'ordine viene creato in formato elettronico (attraverso canali standard come il PEPPOL) fino alla sua riconciliazione con la fattura elettronica, che continua a transitare tramite lo Sdl. Questa integrazione assicura un processo *end-to-end* digitale e verificabile.

Nel corso del 2024 e del 2025, il MEF ha continuato ad aggiornare le regole tecniche del sistema (ad esempio, con la versione 5.0 delle specifiche) per migliorarne l'affidabilità e l'efficienza, richiedendo agli operatori di effettuare i necessari adeguamenti procedurali e informatici. L'utilizzo di standard europei come PEPPOL, inoltre, facilita l'interoperabilità e allinea l'Italia alle direttive comunitarie sulla digitalizzazione degli appalti pubblici.

I benefici nel 2025 sono tangibili: maggiore efficienza operativa, una drastica riduzione degli errori manuali che affliggevano i vecchi sistemi cartacei e una trasparenza nelle procedure di acquisto senza precedenti. L'NSO, quindi, non è solo un adempimento normativo, ma un tassello fondamentale che contribuisce alla completa digitalizzazione del ciclo passivo della Pubblica Amministrazione, a beneficio dell'intero sistema Paese.

2.5 Le misure di benessere equo e sostenibile

Nel corso degli ultimi anni si è sempre più alimentato il dibattito in tema di misurazione del benessere degli individui e delle società, tanto da far generare nell'opinione pubblica la domanda "la società sta progredendo in tale ambito?". Sulla scia delle crisi vissute negli ultimi anni (alimentare, energetica ed ambientale, finanziaria, economica e sociale), non si è potuto fare a meno di sviluppare dei criteri statici di analisi, in grado di coadiuvare i politici nella predisporre dei giusti interventi da attuare e gli attori coinvolti con i corretti comportamenti da intraprendere.

L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ed il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL), con il "Benessere Equo e Sostenibile (BES)", hanno sviluppato indicatori di salute di carattere economico, ambientale e sociale che permettano la misurazione e la valutazione sullo stato e sul progresso delle società del Paese che vadano oltre al Pil. Il progetto Bes, nato nel 2010, ha lo scopo di misurare e valutare il Benessere equo e sostenibile, integrando – rispetto ai tradizionali indicatori economici – il sistema con misuratori della qualità della

vita delle persone e dell'ambiente.

Il considerevole compito, svolto alla Consulta CNEL / ISTAT, ha riguardato la definizione dei temi che costituiscono la colonna portante del benessere della vita delle persone.

Le aree di analisi individuate sono:

- ❖ Ambiente;
- ❖ Salute;
- ❖ Benessere economico;
- ❖ Istruzione e formazione;
- ❖ Lavoro e conciliazione dei tempi di vita;
- ❖ Relazioni sociali;
- ❖ Sicurezza personale;
- ❖ Benessere soggettivo;
- ❖ Paesaggio e patrimonio culturale;
- ❖ Ricerca e innovazione;
- ❖ Qualità dei servizi;
- ❖ Politica e istituzioni.

Per la prima volta, con la riforma della Legge di contabilità n. 196 del 2009, operata dalla Legge n. 163/2016, gli indicatori di benessere equo e sostenibile sono stati introdotti nell'ordinamento italiano, annessi agli strumenti di programmazione e valutazione della politica economica nazionale esistenti.

Tra queste macro-indicatori vi rientra quello della salute, quale dimensione essenziale del benessere individuale, che impatta su tutte le dimensioni della vita delle persone. La categoria Salute contiene n. 14 indicatori, individuati dall'Istat e dalle varie realtà coinvolte nello sviluppo di questo strumento. Il decreto del 6 ottobre 2017 del Ministro dell'Economia e delle Finanze, al comma 1 dell'art. 1, sancisce per la suddetta categoria solo due indicatori Bes da inserire nel ciclo di programmazione economico-finanziaria, ovvero:

- ❖ speranza di vita in buona salute alla nascita: numero medio di anni che un bambino nato nell'anno di riferimento può aspettarsi di vivere in buona salute, nell'ipotesi che i rischi di malattia e morte alle diverse età osservati in quello stesso anno rimangano costanti nel tempo- Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana;
- ❖ eccesso di peso: proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri) - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

L'ASL Napoli 3 Sud, al fine di raggiungere tale risultato, vede coinvolte le varie Unità Operative Aziendali che

detengono i dati e che effettuano le analisi richieste, consentendo la definizione di una visione coerente, completa e chiara della qualità della vita collettiva della popolazione insita nel territorio Aziendale.

La speranza di vita alla nascita

La speranza di vita rappresenta è un indicatore dei livelli di sopravvivenza della popolazione, che misura il tempo medio di vita di una persona in buona salute alla nascita.

La speranza di vita è ottenuta attraverso il rapporto tra la somma degli anni di vita della popolazione deceduta ed il numero totale della popolazione deceduta, nel periodo oggetto di analisi. La speranza di vita alla nascita per la popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud si colloca di poco al di sotto della media provinciale, regionale e nazionale. La speranza di vita alla nascita a livello globale è mediamente di circa 73,3 anni, nettamente inferiore al tasso di vita registrato in Italia.

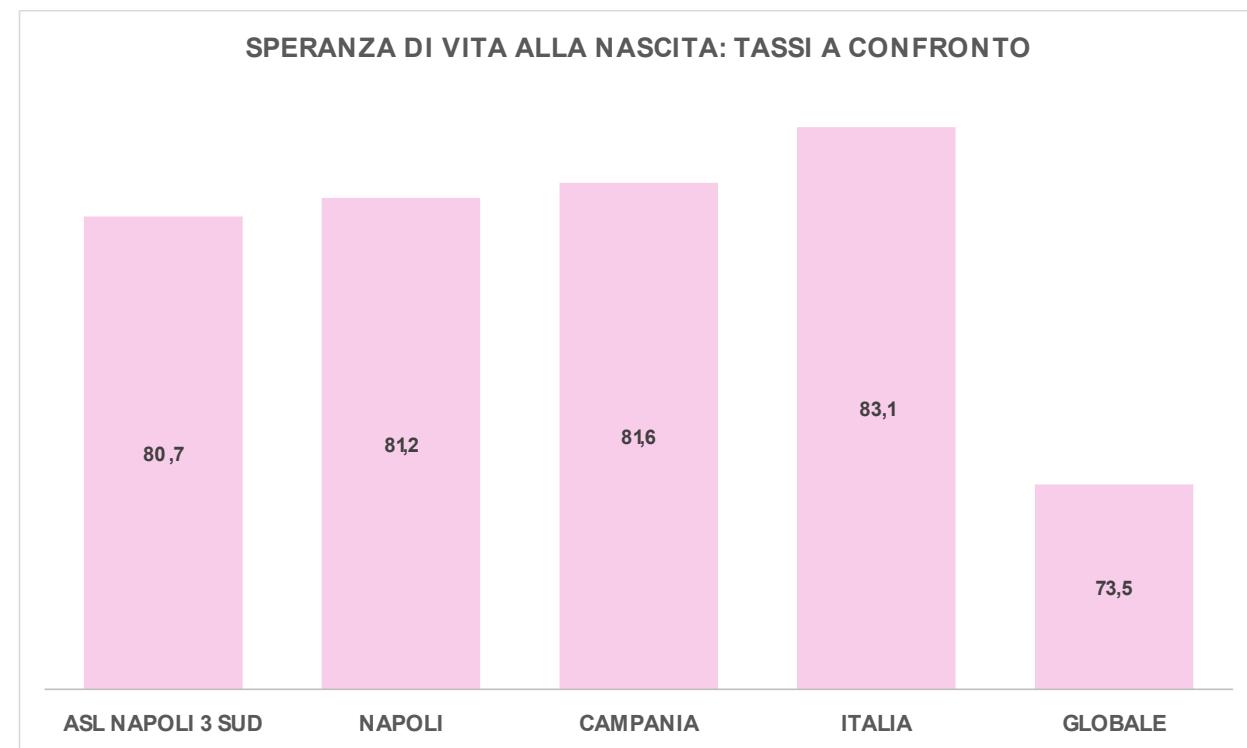


Figura 16 – La speranza di vita

Il dato raccolto dall'ASL Napoli 3 Sud conferma quanto registrato a livello globale ovvero che le donne vivono (in media) 5 anni più a lungo degli uomini in quasi tutti i paesi del mondo.

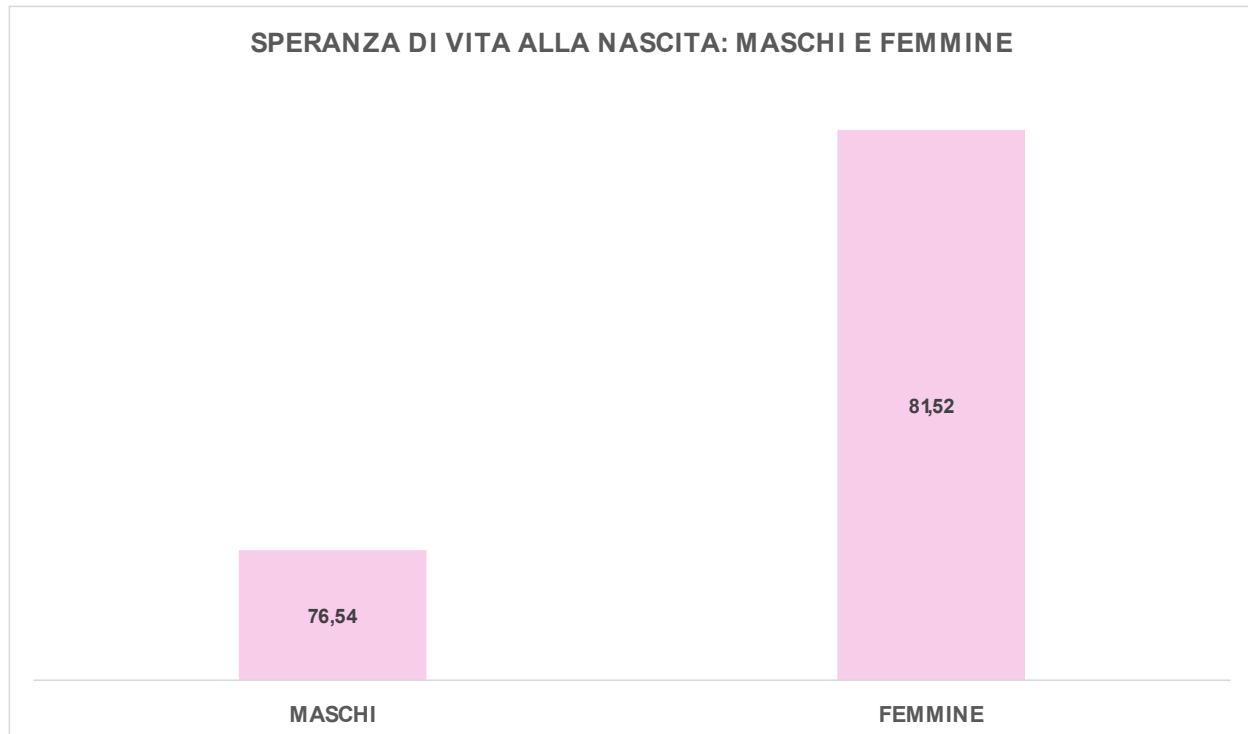


Figura 17 – La speranza di vita per maschi e femmine all'ASL Napoli 3 Sud

La speranza di vita alla nascita – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	<i>Dati in rapporto</i>		<i>Baseline</i>	<i>Target</i>
	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell'anno 2024	Numero totale della popolazione deceduta nell'anno 2024		
	819.398	10.433	78,54	80,5

Riguardo allo stato di salute ed al calcolo della speranza di vita in buona salute, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto opportuno applicare la metodologia basata sulle tecniche classiche di analisi della sopravvivenza, partendo dalla considerazione che la speranza di vita in salute altro non è che la speranza di vita in cui l'evento d'interesse non è più solo la morte, ma anche l'insorgenza di una malattia oncologica. Una stima non distorta di tale presumibilità si ottiene dall'analisi del Registro tumori. Il Registro Tumori di popolazione dell'ASL Napoli 3 Sud rappresenta il primo Registro attivato in Regione Campania (luglio 1995 – ex ASL Napoli 4) ed il secondo attivato nell'Italia Meridionale; fino al 2014, anno di attivazione del Registro/Rete di Registrazione oncologica della Regione Campania. Il Registro Tumori, in questo scenario, ha rappresentato il Registro di riferimento dell'intera Regione. Dal 1° gennaio del 2017 è stata istituita l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Registro tumori, diretta dal Dott. Mario Fusco, afferente al Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Il Registro Tumori svolge tre funzioni principali:

- ❖ monitora nel tempo l'andamento della patologia oncologica sul territorio di riferimento, ovvero nei n. 57 Comuni afferenti alla ASL Napoli 3 Sud;
- ❖ fornisce alla Direzione Strategica Aziendale i dati indispensabili alla programmazione sanitaria aziendale in ambito oncologico: numero di nuovi casi annui di tumori, numero di persone viventi residenti sul territorio aziendale con una pregressa diagnosi di tumore, sopravvivenza delle persone affette da tumore;
- ❖ valuta l'impatto che le azioni messe in atto a livello aziendale hanno sull'andamento della patologia oncologica sul territorio (screening di popolazione, nuove procedure diagnostiche, nuovi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali).

Le analisi dei dati oltre che alla Direzione Strategica Aziendale ed agli operatori sanitari sono rese disponibili anche alla popolazione, attraverso l'attivazione del portale dedicato "OPEN DATA" sul sito: <http://www.registrotumorinapoli3sud.it>

Dai dati ottenuti, grazie al Registro tumori, l'ASL Napoli 3 Sud ha ritenuto necessario effettuare, con cadenza triennale, le analisi come di seguito riportate:

Incidenza oncologica

L'incidenza oncologia è ottenuta dal rapporto del numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati ed il numero medio annuo della popolazione, per il periodo oggetto di analisi.

L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2019-2023	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2019-2023	5,78 (* 1.000 ab)	5,20 (* 1.000 ab)
	5.917	1.023.191		

Nel periodo di riferimento 2019-2023, sono stati diagnosticati in totale n. 29.586 nuovi casi di cancro, con una media annua di n. 5.917 casi contro i 28.900 riscontrati nel periodo 2019-2023.

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 15.883 casi sono a carico della popolazione maschile, con una media annua di n. 3.177 casi;
- ❖ n. 13.703 casi sono a carico della popolazione femminile, con una media annua di n. 2.741 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di tumori è la fascia compresa tra i 75 e gli 84 anni, in entrambi i generi;

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori diagnosticati nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2019-2023, e la loro proporzione sul totale dei tumori per sesso.

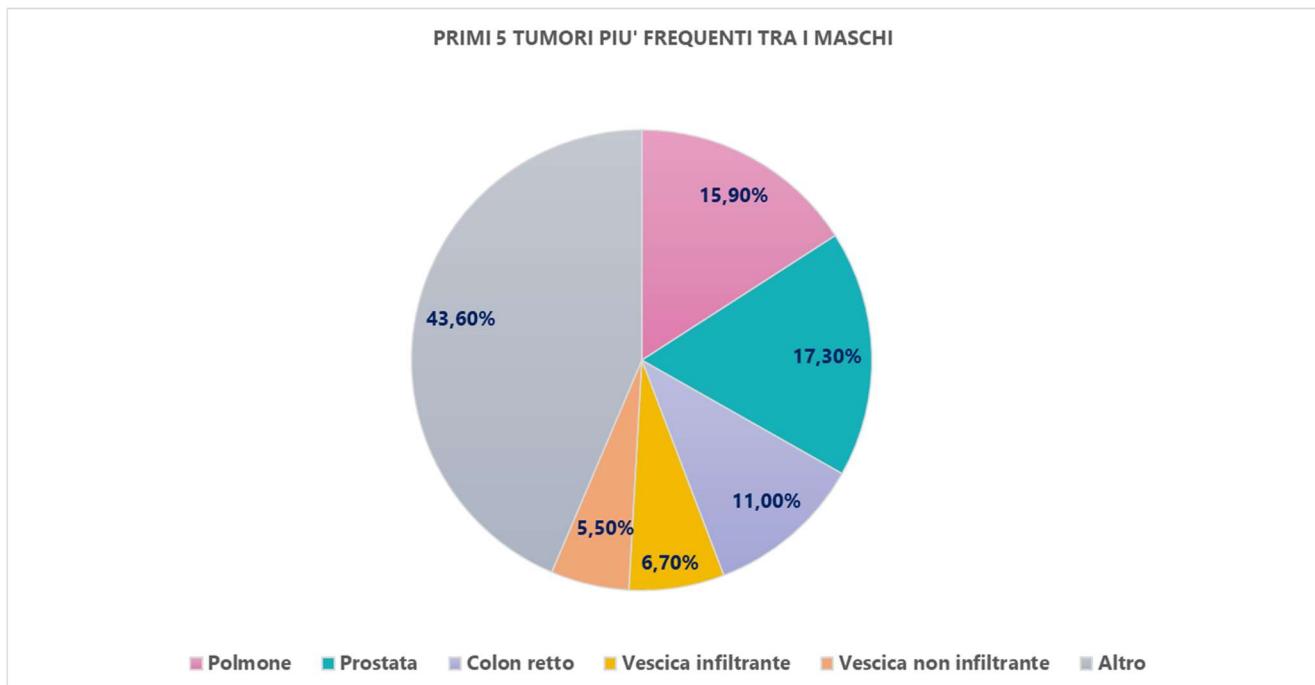


Figura 18 – Primi cinque tumori tra i maschi (2019-2023)

Nella popolazione maschile, per gli anni oggetto di analisi, il primo tumore diagnosticato è quello della prostata.

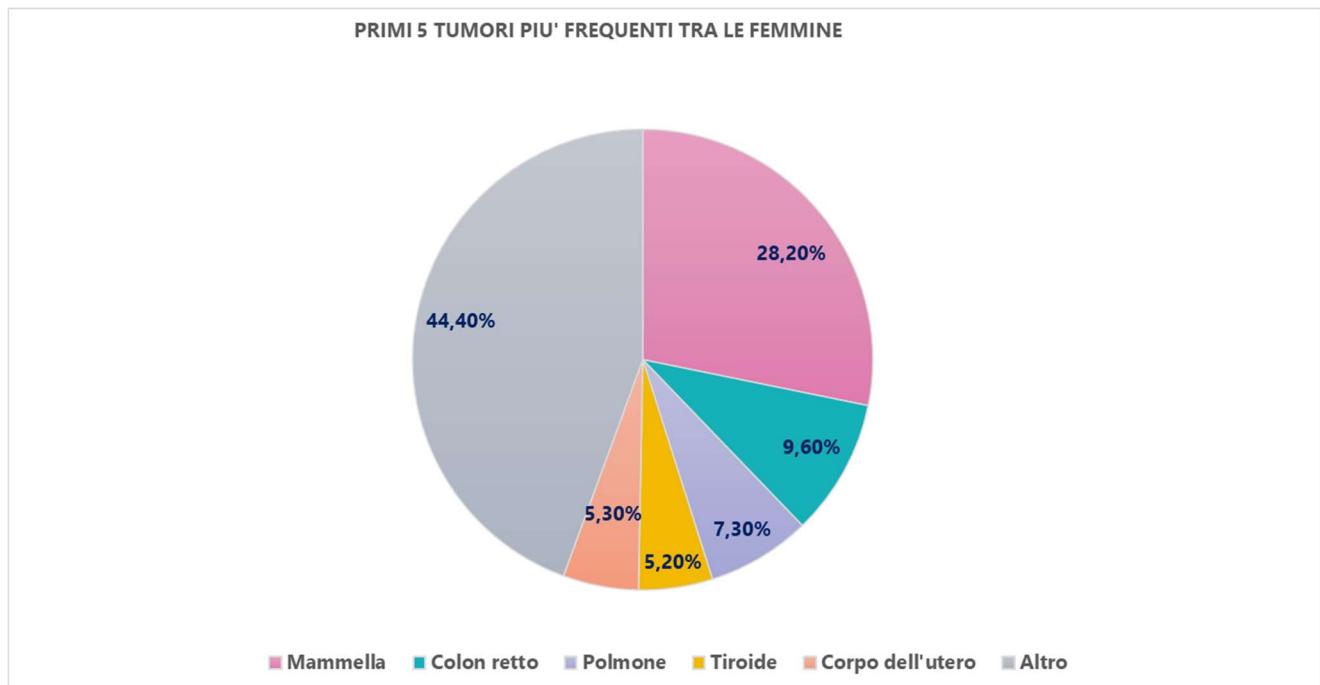


Figura 19 – Primi cinque tumori tra le femmine (2019-2023)

Nella popolazione femminile, per gli anni oggetto di analisi, il primo tumore diagnosticato è quello della mammella. Nei prossimi grafici, è rappresentata la distribuzione dei primi cinque tumori nella popolazione maschile, suddivisa in fasce d'età.

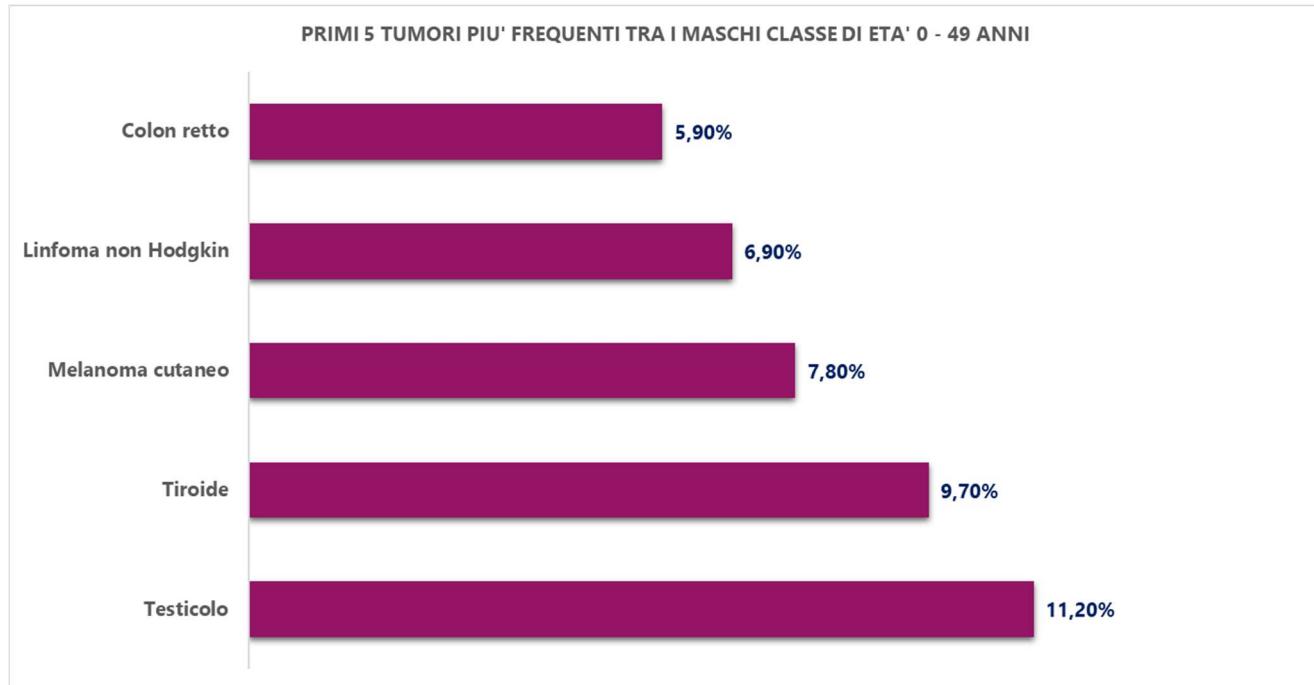


Figura 20 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 0 - 49 aa (2019-2023)

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 0 - 49 aa, il primo tumore diagnosticato è quello del testicolo.

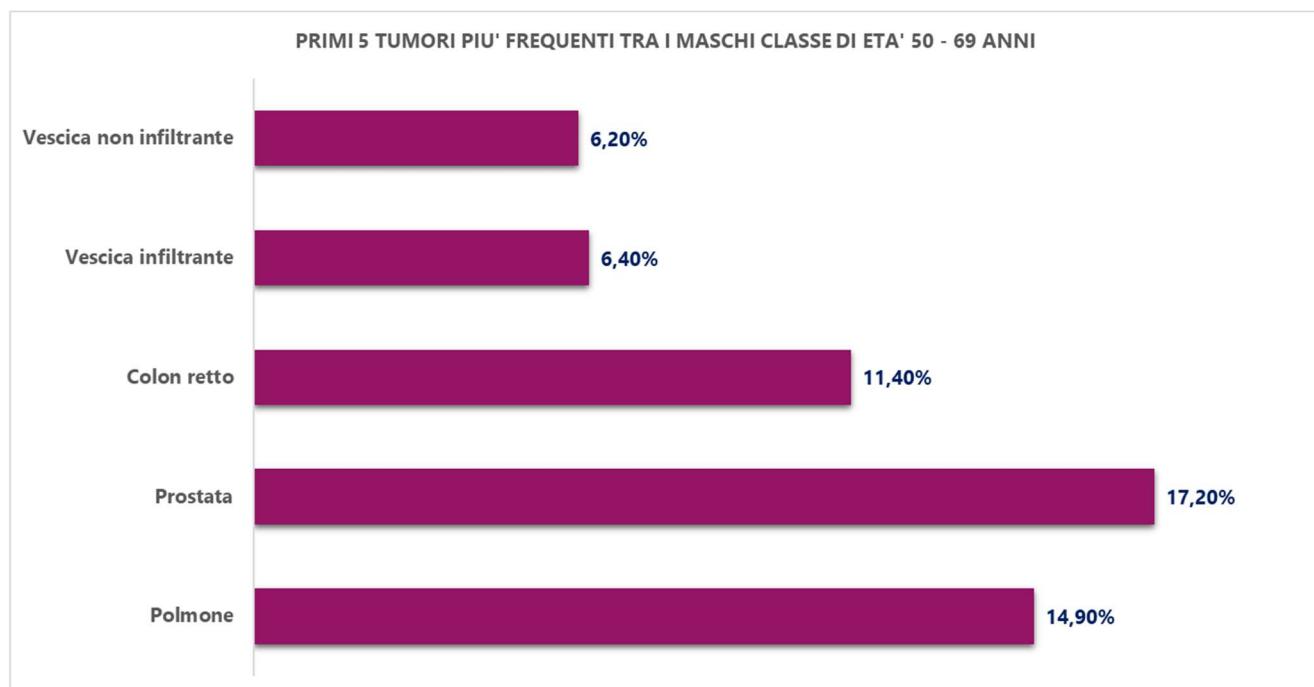


Figura 21 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 50-69 aa (2019-2023)

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 50-69 aa, il primo tumore diagnosticato è quello della prostata.

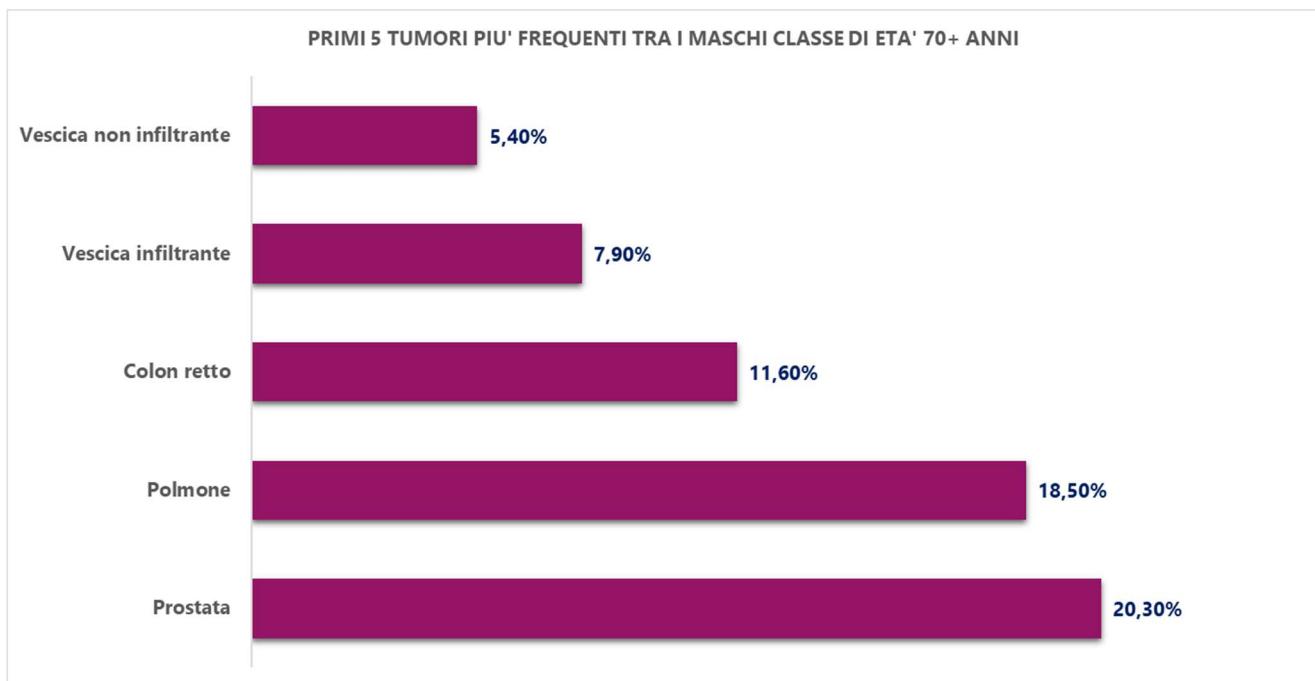


Figura 22 – Primi cinque tumori tra i maschi nella fascia di età 70+ aa (2019-2023)

Nella popolazione maschile, nella fascia d'età 70+ aa, il primo tumore diagnosticato è quello alla prostata.

Dall'analisi dei dati raccolti, e sopra rappresentati, si registra che tra gli uomini più giovani sono più frequenti i tumori al testicolo e alla tiroide, mentre tra i più anziani prevalgono i tumori alla prostata e al polmone.

Nei prossimi grafici, è rappresentata la distribuzione dei primi cinque tumori nella popolazione femminile, suddivisa in fasce d'età.

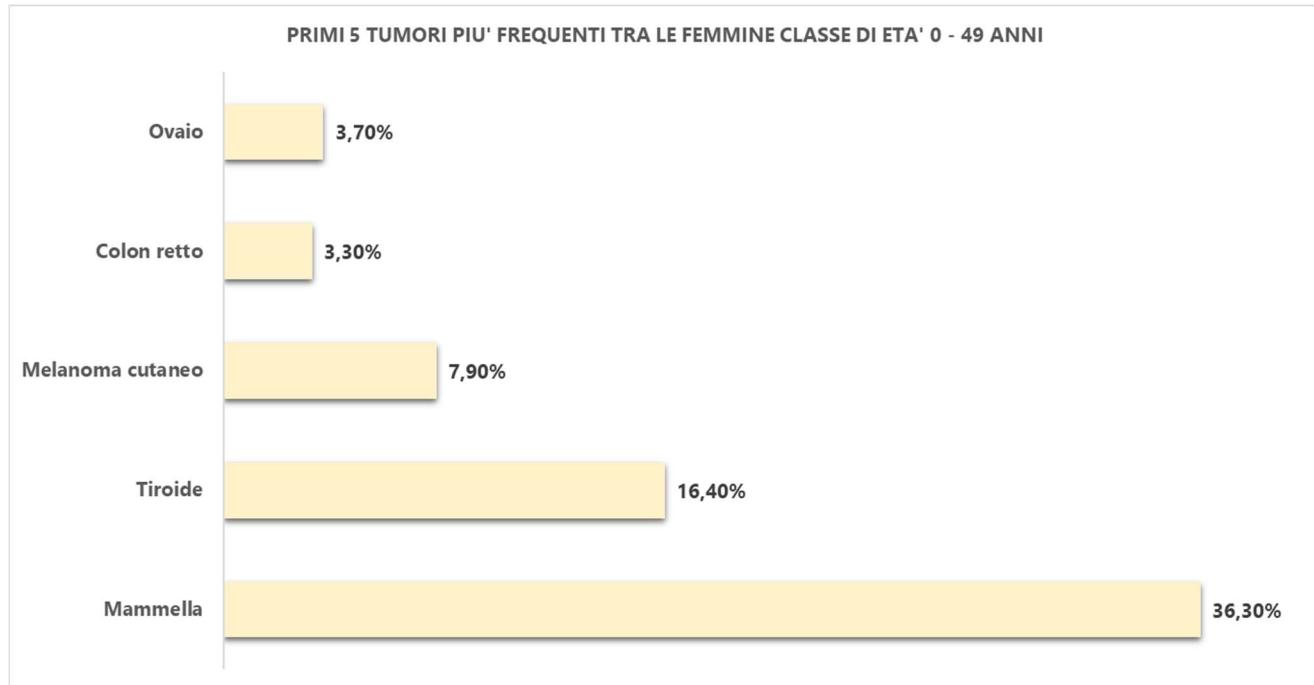


Figura 23 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 0-49 aa (2019-2023)

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 0-49 aa, il primo tumore diagnosticato è quello della mammella.

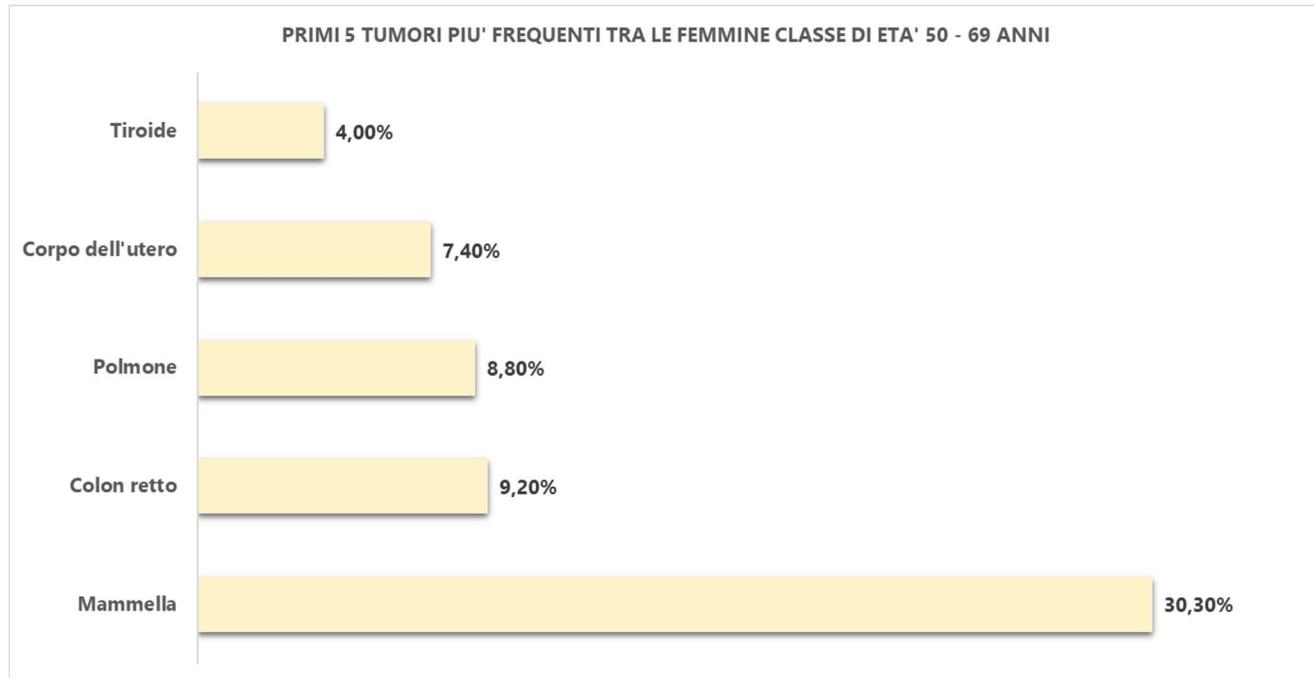


Figura 24 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 50-69 aa (2019-2023)

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 50-69 aa, il primo tumore diagnosticato è quello della mammella.

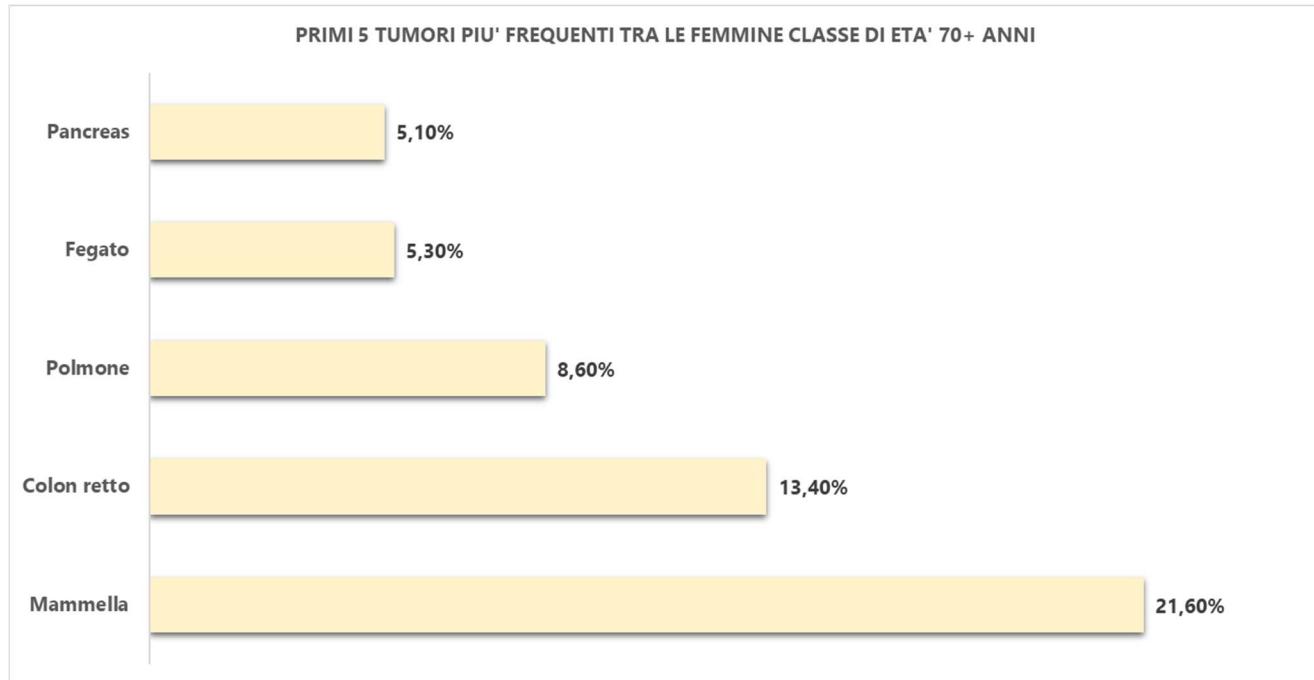


Figura 25 – Primi cinque tumori tra le femmine nella fascia di età 70+ aa (2019-2023)

Nella popolazione femminile, nella fascia d'età 70+ aa, il primo tumore diagnosticato è quello della mammella. Dall'analisi dei dati raccolti, e sopra rappresentati, si evince che il tumore alla mammella è il più frequente ad essere diagnosticato tra le donne in tutte le fasce di età. Per la fascia di età 70+ anni risulta rilevante, anche il dato registrato per il tumore al colon retto.

Il tasso di mortalità oncologica

La mortalità oncologica è ottenuta dal rapporto fra il numero medio annuo di decessi per neoplasia ed il numero medio annuo della popolazione, per il periodo oggetto di analisi.

Il tasso di mortalità oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

Formula di calcolo	Dati in rapporto		Baseline	Target
	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2019-2023	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2019-2023	2,19 (* 1.000 ab)	2,13 (* 1.000 ab)
	2.249	1.023.191		

I dati di mortalità sono correntemente registrati dal Registro Nominativo delle Cause di Morte aziendale (RE.N.C.A.M.) e da questo trasmessi al Registro tumori per l'inserimento degli stessi nel data base del Registro e le successive analisi.

Nel periodo di riferimento, triennio 2019-2023, sono stati diagnosticati in totale n. 11.247 decessi per cancro

(media annua di n. 2.249 casi).

Sul totale è disponibile la seguente analisi:

- ❖ n. 6.383 interessano la popolazione maschile, con una media annua n. 1.277 casi;
- ❖ n. 4.864 interessano la popolazione femminile, con una media annua di n. 973 casi;
- ❖ la fascia di età in cui si registra la maggiore percentuale di decessi per cancro è la fascia compresa tra gli 80 – 84 ed over 84.

I grafici successivi mostrano i primi cinque tumori come causa di morte nell'ASL Napoli 3 Sud, nel periodo 2019-2023, e la proporzione sul totale dei tumori per sesso. In questo modo, è consentita una migliore comprensione delle cause di morte, correlate all'insorgenza di neoplasie, sul territorio aziendale.

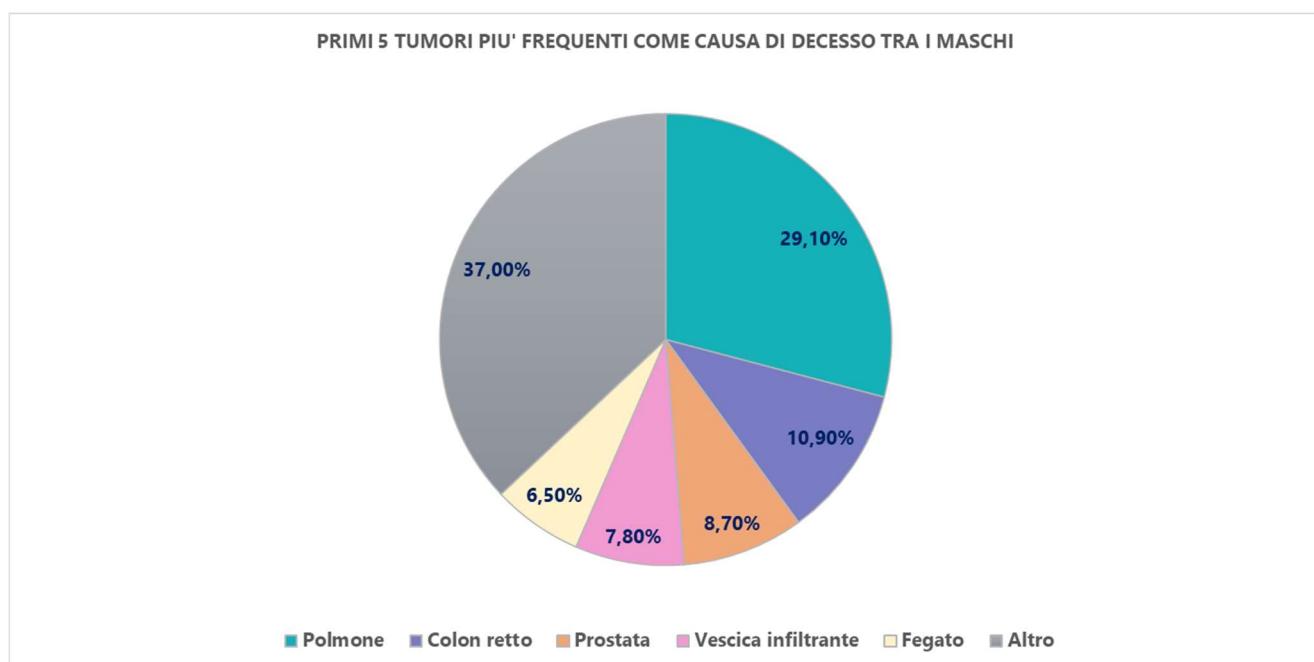


Figura 26 – Primi cinque tumori tra i maschi come causa di morte (2019-2023)

Nella popolazione maschile, la prima causa di morte legata all'insorgenza di neoplasie è riferita al tumore del polmone.

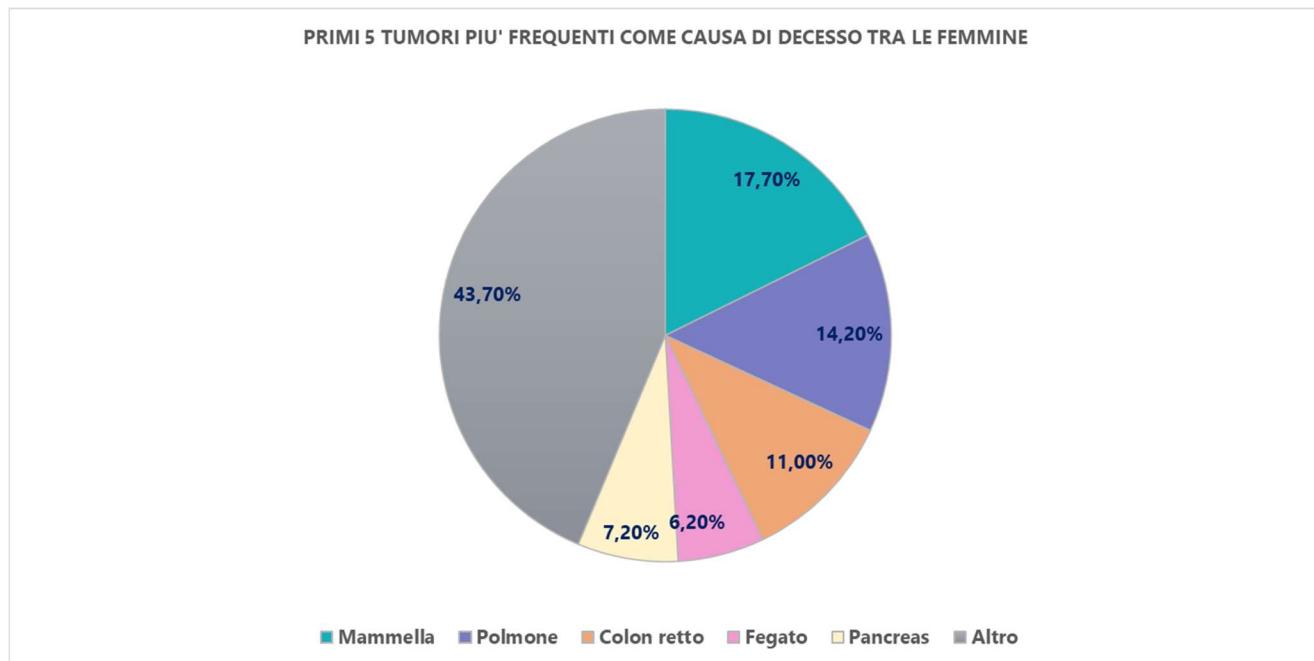


Figura 27 – Primi cinque tumori tra le femmine come causa di morte (2019-2023)

Nella popolazione femminile, la prima causa di morte legata all'insorgenza di neoplasie è riferita al tumore della mammella.

La conduzione di studi di epidemiologia ambientale risulta particolarmente complessa in relazione principalmente a due elementi di rilievo: numerosità delle variabili da tenere in considerazione e molteplicità delle competenze richieste; ciò implica che tali studi necessitano di un approccio epidemiologico articolato oltre che dell'attivazione di collaborazioni scientifiche fra varie istituzioni e gruppi di ricerca in modo da condividere le diverse conoscenze e competenze specifiche in tale ambito.

In relazione a ciò, sin dal 2008, il Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 Sud ha attivato diverse collaborazioni con altre istituzioni scientifiche, di cui due in particolare: Istituto Zooprofilattico Sperimentale Meridionale (IZSM — Portici) e Agenzia Regionale Protezione Ambientale della Campania (ARPAC) d'anni impegnate nel monitoraggio ambientale. Il nuovo approccio utilizzato in questi studi e l'utilizzo dei dati di incidenza oncologica registrata nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud e la loro geolocalizzazione non solo a livello comunale ma anche a livello di particelle censuali all'interno dei diversi Comuni.

Tale approccio è determinato dalla constatazione che in Campania si riscontra una diffusione puntiforme e una estrema eterogeneità dei fattori inquinanti che il più delle volte sono coesistenti. Tale eterogeneità implica, di conseguenza, una diversità di elementi da considerare:

- ❖ diversità delle matrici inquinate (suolo, acqua, aria);
- ❖ tipologie e diverse modalità di diffusione dei fattori inquinanti, oltre che di esposizione delle popolazioni coinvolte;

- ❖ diversità degli organi dei sistemi potenzialmente interessati.

Appare evidente che la definizione di intere macroaree geografiche o anche di interi Comuni di grandi dimensioni, come unico insieme di area «soggetta a rischio ambientale», risponda a esigenze di carattere amministrativo, ma mal si presta a una definizione epidemiologica di area omogenea di rischio ambientale. Ciò implicherebbe, infatti, che intere macroaree milioni di persone, residenti in insiemi di Comuni o singoli grandi Comuni, siano esposte nel tempo in modo omogeneo a uno stesso fattore di rischio e con la medesima intensità.

Pertanto, un limite oggettivo all'inquadramento epidemiologico di tali macroaree resta la estrema eterogeneità presente all'interno di esse: diversi livelli di urbanizzazione e densità abitativa, di occupazione, di condizioni socioeconomiche, etc. Tale specificità rende l'approccio epidemiologico di analisi per macroaree geografiche non applicabile in genere, e in particolare in Campania, per la possibilità del verificarsi di numerosi errori, quali:

- ❖ attribuzione di un unico livello di esposizione e un effetto sanitario comune all'intera popolazione residente nella macroarea o in un intero Comune di dimensione medio grande;
- ❖ presenza di fattori confondenti nell'area in esame oltre che nelle macroaree di confronto;
- ❖ sottostima di possibili effetti sanitari o, all'inverso, amplificazione di effetti localizzati all'intera popolazione.

In presenza di tali specificità territoriali, gli studi di correlazione tra fattori di rischio ambientale e patologie oncologiche necessitano di fare riferimento a un diverso approccio metodologico:

- ❖ identificazione e studio di microaree geografiche, con dettagli comunali e sub-comunali, fino alle particelle censuali;
- ❖ costituzione di gruppi di lavoro interistituzionali interdisciplinari multiprofessionali;
- ❖ condivisione degli studi con le popolazioni esposte, sia in fase progettuale che di divulgazione dei risultati.

Tale approccio permette:

- ❖ la definizione in modo puntuale delle aree geografiche a rischio;
- ❖ l'acquisizione e l'analisi puntuale di dati su potenziali sorgenti inquinanti e la valutazione delle relative vie di diffusione e livelli di esposizione;
- ❖ la capacità di individuazione di effetti sanitari localizzati;
- ❖ una maggiore possibilità di mettere in relazione i rischi sanitari con possibili determinanti ambientali;
- ❖ la possibilità di elaborare, e proporre alle popolazioni esposte, soluzioni puntuali rispetto alle criticità emerse in ambito sanitario.

Elementi prioritari dell'approccio epidemiologico seguito sono:

- ❖ utilizzo di dati di incidenza oncologica perché meglio rappresentano un indicatore di rischio;
- ❖ strutturazione di un modulo GIS (Geographic Information Systems) finalizzato a rilevare le possibili relazioni spaziali tra indicatori di salute e dati ambientali, demografici ed economici;
- ❖ geolocalizzazione, con dettaglio di particella censuale, non solo dei casi di incidenza oncologica, ma dell'intera popolazione residente nell'area di riferimento; ciò implica l'acquisizione e l'aggiornamento annuale delle anagrafi comunali di tutti i Comuni afferenti al territorio in studio;

- ❖ storicizzazione degli indirizzi per la tracciabilità dei casi e la definizione del tempo di esposizione;
- ❖ inclusione nell'analisi di variabili confondenti, quale l'Indice di Deprivazione socioeconomica, al fine di poter quantizzare l'impatto ditale variabile sul rischio (la povertà è uno dei fattori di rischio per patologia oncologica);
- ❖ coinvolgimento nel gruppo multidisciplinare delle istituzioni regionali impegnate nel monitoraggio ambientale (IZSM, ARPA) per l'inclusione nello studio dei loro dati di monitoraggio ambientale con le relative coordinate geografiche da importare nel modello GIS del Registro;
- ❖ correlazione dei dati ambientali con i dati di incidenza oncologica e l'analisi dei stessi per microaree geografiche, con un livello di dettaglio Comunale e sub-comunale per particella censuale.

Nonostante il livello di dettaglio con cui vengono condotti gli studi, questi ultimi restano studi di tipo ecologico/descrittivo, basati su dati di popolazione e, conseguentemente, non in grado di pronunciarsi in merito a rapporti diretti di causalità; tali studi permettono di rilevare la presenza di possibili associazioni tra il dato sanitario osservato e fattori di rischio indagati e di suggerire ipotesi eziologiche; tali ipotesi necessitano di essere successivamente verificate attraverso l'attivazione di studi di carattere analitico, basati su dati non più di popolazione ma individuali; L'interazione e la costruzione di un rapporto di fiducia tra le istituzioni scientifiche e le popolazioni esposte restano obiettivi prioritari per la ricerca in ambito di epidemiologia ambientale; ciò permetterà la:

- ❖ rilevazione dei bisogni di salute sul territorio, anche se non chiaramente espressi;
- ❖ attività di informazione/formazione in merito alle correlazioni tra fattori di pressione ambientale e deprivazione socioeconomica con l'incidenza di cancro;
- ❖ condivisione con le popolazioni esposte dei progetti di studio oltre che dei risultati e l'attivazione di misure di prevenzione mirate, sia di carattere primario che secondario.

Sulla scorta dell'implementazione di tali studi, dal 2023 a tutt'oggi, il Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 sud partecipa allo studio europeo "EOSC4 Cancer project" nell'ambito del programma Horizon Europe. Il Registro è coinvolto nel gruppo di lavoro finalizzato all'utilizzo dei dati di incidenza oncologica, per studi di possibili correlazioni tra fattori ambientali, deprivazione socio-economica e insorgenza di cancro. Quest'attività ha lo scopo di proporre un protocollo europeo comune che colleghi i dati dei registri tumori (CR), i dati ambientali e i dati relativi alla deprivazione socioeconomica delle popolazioni residenti nelle aree a rischio ambientale, per la valutazione del rischio di cancro e, di conseguenza, per l'organizzazione di protocolli di sorveglianza adattati ai diversi contesti ambientali europei. Nel nostro progetto di ricerca sono stati applicati modelli spazio-temporali utilizzando i dati di incidenza del Registro Tumori riferiti al periodo 2008/2020, gli indicatori di Rischio Ambientale forniti dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Meridionale e i dati di deprivazione socioeconomica. I modelli spazio-temporali sono nuovi strumenti metodologici che aggiungono una nuova dimensione ai modelli spaziali più noti.

In aggiunta alle attività descritte, nel primo quadrimestre del 2024, l'UOSD ha esplicato:

- ❖ coordinamento dei PDTA Oncologici Aziendali;
- ❖ condivisione del coordinamento aziendale dello screening del colon retto, a supporto del Dipartimento di Prevenzione.

Nell'ambito dell'implementazione progressiva sul territorio aziendale dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) Oncologici, nella Rete Oncologica Regionale, avviati nel 2019, in osservanza prima dei Decreti del Commissario ad Acta e successivamente delle Delibere di Giunta oltre che dei Decreti Dirigenziali regionali emanati ad hoc in questi anni, con il determinante contributo dei fondi resi disponibili dal DCA 38/2016, sono stati strutturati sul territorio aziendale:

- ❖ n. 18 PDTA specifici per altrettanti tumori, (colon, retto, stomaco, mammella, cervice uterina, endometrio, ovaio, tumori eredo-familiari, distretto testa-collo, rene, vescica, testicolo, prostata, fegato per chirurgia maggiore, fegato per trattamenti di termoablazione, pancreas, polmone, SLC);
- ❖ n. 10 Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) interaziendali costituiti in collaborazione con 4 Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici: CORPUS AOU Federico II-Napoli, CORPUS IRCCS Pascale, CORP AORN Cardarelli, CORP Ospedale del Mare—ASL Napoli 1 centro;
- ❖ centri territoriali di diagnosi interventistica di secondo livello del tumore della mammella con sistema di prenotazione centralizzatae governati da una operatrice del Registro Tumori in collaborazione con la Breast Unit aziendale, di tali centri:
 - n. 2 sono finalizzati alla esecuzione di FNAC (Fine Needle Aspiration Cytology) ed allocati rispettivamente presso il PO di Nola e il PO di Castellammare;
 - n. 2 sono finalizzati alla esecuzione di Core Biopsy, allocati rispettivamente presso il PO di Pollena ed PO di Castellammare;
 - n. 5 centri aziendali di colposcopie distribuiti sul territorio con sistema di prenotazione centralizzata e governati dal Case Manager dei PDTA ginecologici;
 - n. 3 centri aziendali per conizzazioni rispettivamente allocati presso i PO Nola, Castellammare di Stabia e Vico Equense.

È stata inizialmente data priorità ai PDTA riferiti ai tumori oggetto di screening organizzati di popolazione: colon, retto, mammellae cervice uterina. Tale scelta è stata motivata dalla necessità di garantire una migliore organizzazionee standard di qualità già al secondo livello degli screening (FNAC, Core Biopsy, Colposcopie Colonscopie) e trasferirne la gestione del terzo livello direttamente ai GOM dei rispettivi PDTA. Nell'implementazione dei PDTA è stata realizzata una virtuosa sinergia tra risorse aziendalies fondi resi disponibili dal DCA 38/2016 con la trasformazione, progressiva e completa, di tutte le attività progettuali in attività strutturali aziendali.

La ratio che ha governato tali attività poggia sulla consapevolezza che la programmazione dei PDTA prendesse indispensabile l'organizzazione, ed il potenziamento, di una serie di servizi a monte e a valle degli stessi percorsi oncologici, in termini di risorse umanee strumentali: laboratorio di anatomia patologica, centri aziendali di colposcopie, centri territoriali di diagnosi interventistica di secondo livello del tumore della mammella (FNAC e FNAB), Centri aziendali di colposcopie.

Come indicato dal DCA 98 del 20/09/2016, per ogni PDTA strutturato sul territorio aziendale è stato attivato:

- ❖ un protocollo operativo di intesa con ciascuno dei 4 CORP/CORPUS regionali (Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici) identificati come proprio riferimento per specifiche sedi tumorali;

- ❖ la costituzione di GOM Interaziendale, tra operatori del CORP/CORPUS di riferimento ed operatori aziendali; i diversi GOM, tumori specifici, si riuniscono con cadenza settimanale per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e la programmazione dei rispettivi percorsi diagnostico assistenziali in relazione alla fase della malattia;
- ❖ l'identificazione di un case manager a supporto di ogni GOM; i case manager rappresentano il vero snodo nevralgico del nuovo sistema assistenziale, essi rappresentano l'interfaccia tra il sistema sanitario (decisioni e pianificazioni dei percorsi effettuate dai GOM, strutture sanitarie ospedaliere e territoriali coinvolte per l'erogazione delle prestazioni) e il paziente che viene accompagnato lungo l'intero percorso, nel rispetto della tempistica e degli standard qualitativi indicati dalla Rete Oncologica Regionale.

Tutte le attività dei GOM attivati sono state costantemente monitorate con report mensili e valutazioni semestrali da parte del Responsabile della UOSD Registro Tumori; vengono costantemente riversate e monitorate sulla Piattaforma della Rete Oncologica Regionale.

L'eccesso di peso

L'obesità è una patologia cronica ad eziopatogenesi complessa che rappresenta un rilevante problema di salute pubblica a causa delle frequenti comorbidità e dell'elevato tasso di mortalità ad essa associati. In particolare, l'obesità pediatrica, determinata prevalentemente da uno stile di vita sedentario e da una scorretta alimentazione, condiziona negativamente la qualità di vita in quanto comporta una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta (ipertensione, diabete, dislipidemie, apnee notturne, ecc.).

L'indice di massa corporea (BMI) è utilizzato per determinare, attraverso il confronto con valori soglia accettati in letteratura, l'appartenenza dell'individuo ad una classe di peso secondo una definita scala di valori (Sottopeso, Normopeso, Soprappeso, Obeso). In Italia più del 40% delle persone è in soprappeso o obesa, e tale percentuale è più alta nelle regioni meridionali. In Campania metà degli individui con più di 18 anni risulta in una condizione di eccesso di peso (50,6% contro il 42,9% dell'Italia) ed è la regione con la più alta percentuale di individui in soprappeso, la seconda per quanto riguarda gli obesi.

Strategie per il miglioramento dello stato di salute con riferimento all'eccesso di peso

Al fine di intraprendere strategie utili a prevenire e contrastare il fenomeno dell'obesità sia in età pediatrica che in età adulta, la sanità pubblica attraverso i **Sistemi di Sorveglianza** ottiene informazioni con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione, mediante la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

❖ **Sistema di Sorveglianza: OKkio Alla Salute**

- **Popolazione campionata:** bambini di età compresa tra 8-9 anni frequentanti le classi terze della scuola primaria.

OKkio alla salute è un sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e sugli stili di vita nei bambini delle classi III delle scuole primarie (8-9 anni). Con periodicità di raccolta dati biennale fino al 2016 e triennale dal 2019, la sorveglianza OKkio alla Salute, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorenti la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

Per la raccolta dati OKkio alla Salute Anno 2023, sono stati campionati: n. 36 Istituti Scolastici, n. 40 Classi III, per un totale di n. 720 Alunni e n. 40 Insegnanti referenti dell'Indagine.

Al fine di assicurare il corretto svolgimento dell'indagine sono stati organizzati due corsi di formazione ad hoc per gli Insegnanti Referenti degli Istituti Campionati.

Durante i corsi di formazione è stato consegnato il Kit formativo ed educativo, in formato cartaceo, avendo cura di riportare in ogni Kit il Codice Plesso e il Codice Classe, utili per la registrazione dei questionari e l'immissione dati nel Database Ministeriale. Ogni Insegnante al termine del Corso ha fissato l'appuntamento per la Rilevazione Antropometrica degli Alunni della propria classe.

Contestualmente ai corsi di Formazione per gli Insegnanti, è stato ufficializzato il Gruppo di Lavoro Aziendale "OKkio alla Salute" ed è stato organizzato **un corso di Formazione** ad hoc per il Gruppo di Lavoro al fine di condividere procedure standardizzate e di assicurare il corretto utilizzo delle Bilance e degli Stadiometri, strumenti indispensabili per le rilevazioni antropometriche.

Le Rilevazioni sono state svolte a partire dal **28 Aprile 2023** e si sono concluse il **19 maggio 2023**.

Ad oggi, tutti i dati raccolti sono stati inseriti nel database ministeriale (questionario genitore, questionario bambino e scheda antropometrica bambino).

I dati evidenziano che tra i bambini della nostra ASL il 6,1% risulta in condizioni di obesità grave (vs 2,6% dato nazionale e 6% dato regionale), il 14,7% risulta obeso (vs 9,8% dato nazionale e 12,6% dato regionale), il 25% sovrappeso (vs 19% dato nazionale e 24,6% dato regionale), il 53,8% normopeso (vs 69,4% dato nazionale e 55,5% dato regionale) e lo 0,506% sottopeso (vs 1,7% dato nazionale e 1,3% dato regionale). Complessivamente il 45,7% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (vs 28,8% dato nazionale e 43,2% dato regionale); le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, solo il 53,6% dei bambini fa una colazione adeguata (vs 53% dato nazionale e 49,2% dato regionale) e solo il 25,3% consuma una merenda adeguata di metà mattina (vs 32% dato nazionale e 23,1% dato regionale), che solo il 2,5% dei bambini consuma 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno (vs 5% dato nazionale e 2,5% dato regionale).

Il 36,7% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine (vs 19% dato nazionale e 28,3% dato regionale) e il 54,6% dei bambini trascorre molto tempo in attività sedentarie (vs 45% dato nazionale e 60,1% dato regionale), principalmente screen time.

Il **Report Aziendale OKkio alla Salute 2023** è stato pubblicato il 06/02/2025 sul sito Epicentro. I dati della rilevazione sono stati divulgati durante i corsi di formazione rivolti ai Docenti ed ai Genitori delle classi coinvolte nelle attività di promozione di sana e corretta alimentazione.

- ❖ **Sistema di Sorveglianza: HBSC “Comportamenti collegati alla salute in ragazzi in età scolare”**
 - **Popolazione campionata:** Adolescenti di età 11 e 13 anni - 15 e 17 anni.

L'adolescenza rappresenta un momento importante per il passaggio alla vita adulta ed è caratterizzata da numerosi cambiamenti fisici, psicologici, relazionali e sociali. Proprio in questo periodo possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura: abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco e uso di sostanze stupefacenti.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) si inserisce in questo contesto con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età.

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni che frequentano rispettivamente le prime e le terze classi delle scuole secondarie di I grado e le seconde e le quarte classi delle scuole secondarie di II grado (sia scuole statali sia paritarie distribuite in tutte le regioni italiane).

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il dirigente scolastico. Nella nostra Azienda l'ultima raccolta dati è relativa agli anni 2021-2022, al tal fine sono stati effettuati **due** corsi di formazione ad hoc, destinati ai docenti referenti dell'Indagine e ai Dirigenti Scolastici, per illustrare la metodologia di rilevazione digitale che contraddistingue la raccolta attuale da quelle precedenti.

Ai corsi di formazione hanno partecipato tutte le scuole campionate per un totale di n. 28 Istituti.

Sono state selezionate n. 59 classi partecipanti con un totale di circa n. 1.500 alunni e circa n. 60 docenti coinvolti nell'indagine.

Dal monitoraggio effettuato dalla Regione Campania è emerso che n. 993 tra alunni, dirigenti scolastici e insegnanti hanno effettuato la compilazione del questionario online, raggiungendo il 94% del nostro campione.

Il Report Regionale HBSC 2022 è stato pubblicato il 23/11/2023 sul sito Epicentro.

❖ **Azioni di promozione di corretti stili di vita per favorire il miglioramento dello stato di salute dei bambini e adolescenti - UOC SIAN.**

La UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025 - Programma PP01 "Scuole che promuovono Salute", nell'anno scolastico 2024/2025 ha implementato due Azioni di promozione di una sana e corretta alimentazione: "Il Gioco della Dieta Mediterranea", dedicata agli alunni delle classi III e IV della Scuola Primaria, e "Spuntino in classe per una merenda salutare", rivolta agli alunni della Scuola dell'Infanzia e della Scuola Primaria.

Facendo seguito all'Accordo di Collaborazione tra la Regione Campania ed il M.I.M. Direzione Generale - Ufficio Scolastico per la Campania, di cui alla presa d'atto con D.D. n. 534 del 07/08/2023, nell'a.s. 2024/2025 è stata istituita la **Rete Regionale** delle Scuole che Promuovono Salute denominata **"Scuole SHE Campane che Promuovono Salute"** (S.S.C.P.S.). Partecipano alla Rete la Regione Campania, l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) per la Campania, le ASL Campane e le Scuole Statali di ogni ordine e grado della Regione Campania.

Le adesioni alla Rete S.S.C.P.S. ed alle Azioni "Gioco della Dieta Mediterranea" e "Spuntino in classe per una merenda salutare" sono raccolte direttamente dall'USR per la Campania e successivamente trasmesse al Servizio Scrivente.

Nell'a.s. 2024/2025 hanno aderito al "Gioco della Dieta Mediterranea" n. 66 Istituti Scolastici, distribuiti su n. 40 Comuni afferenti al territorio dell'Asl Napoli 3 Sud. Nello specifico hanno partecipato n. 556 classi III e IV elementari, per un totale di n. 9.785 alunni.

Sono stati realizzati n. 66 corsi di formazione, rivolti ai Docenti e ai Genitori delle classi coinvolte, tenuti da un team multidisciplinare costituito da Dirigenti Medici/Biologi/Psicologi, Biologi Nutrizionisti di Sanità Pubblica, Dottore in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie, Preventive e Adattate, con la collaborazione dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) dell'ASL Napoli 3 sud, durante i quali è stato illustrato lo svolgimento del Gioco.

Come previsto nel Protocollo d'Intesa per la realizzazione dell'azione "Gioco della Dieta Mediterranea" (giusta Delibera N. 190 del 23 febbraio 2023), rinnovato con Delibera n. 39 del 15/01/2025, presso gli Istituti scolastici sono stati distribuiti prodotti alimentari quali pasta e legumi, donati dalle Aziende produttrici locali aderenti al protocollo, per la realizzazione degli esperimenti ludico-didattici e per le degustazioni previste dall'Azione.

Durante l'anno scolastico sono stati organizzati n. 1.100 incontri di promozione alla salute, svolti dagli Operatori Sanitari in aula, con il coinvolgimento dei Docenti, degli alunni e dei Rappresentanti dei genitori.

Al termine dell'anno scolastico sono state realizzate n. 86 manifestazioni finali, le quali sono state organizzate in sale teatro, palestre e spazi all'aperto raggruppando, laddove possibile, tutti gli alunni, i Docenti e i Genitori in un'unica sede. Questo incontro finale è stato un momento di condivisione delle attività svolte attraverso la realizzazione di poster, disegni, ricette, filastrocche, etc.

Al fine di effettuare la valutazione ex-ante e post dell'Azione, propedeutica al riconoscimento come "Buona Pratica", è stata determinata l'aderenza degli alunni delle classi coinvolte alla Dieta Mediterranea mediante la somministrazione del questionario *Mediterranean Diet Quality Index for Children and Adolescents* (Kidmed), prima e dopo l'implementazione del Gioco.

A settembre 2025, a conclusione delle attività dell'a.s. 2024/2025, sono stati consegnati i gadget con il logo del "Gioco della Dieta Mediterranea", in particolare ogni alunno ha ricevuto un set di racchette e pallina.

Inoltre, agli alunni delle classi III elementari è stato consegnato un attestato di qualifica come "Esperto del Gioco della Dieta Mediterranea": nell'a.s. 2024/2025 essi saranno "Alunni peer", ossia trasmetteranno le conoscenze

acquisite durante l'anno scolastico precedente agli alunni delle nuove classi terze elementari, che si approcceranno al Gioco per la prima volta.

Elenco	N .
Comunico involti	40
Istituti Scolastici	66
Classi partecipanti	556
Alunni partecipanti	9.785
Operatori Sanitari	15
PLS	18
Corsi di formazione rivolti a Docenti e Genitori	66
Docenti formati	956
Genitori formati	449
Incontri di monitoraggio svolti dagli operatori sanitari in classe	1100
Manifestazioni finali	86
Totale	13.137

Figura 28 – Dati relativi al Gioco della Dieta Mediterranea

D i s t r e t t i S a n i t a r i	C o m u n e	N . I s t i t u t i S c o l a r i
34	Portici	2
48	M a r g l i a n o	1
	M a r g l i a n e l l a	1
	S o m m a V e s u v i a n a	3
49	N o l a	2
	S a v i a n o	2
	V i s c i a n o , C a m p o s a n o , S a n P a o l o B e l s i o e C a s a m a r c i a n o	1
50	V o l a	3
	C e r c o l a	1
	P o l l e n a T r o c c h i a	1
51	P o m i g l i a n o D A r c o	4
	S a n t A n a s t a s i a	1
52	P a l m a C a m p a n i a	1
	O t t a v i a n o	2
	S . G i u s e p p e V e s u v i a n o	3
	S . G e n n a r o V e s u v i a n o	1
	P o g g i o m a r i n o	1
	S t r i a n o	1
	T e r z i g n o	1
53	C a s t e l l a m m a r e d i S t a b i a	4
54	S a n G i o r g i o a C r e m a n o	3
	S a n S e b a s t i a n o a l V e s u v i o	1
55	E r c o l a n o	2
56	T o r r e A n n u n z i a t a	3
	B o s c o r e a l e	1
	T r e c a s e	1
57	T o r r e d e l G r e c o	6
58	P o m p e i	2
	G r a g n a n o	2
	S a n t a M a r i a L a C a r i a	2
	S a n t A n t o n i o A b a t e	1
59	S o r r e n t o	1
	M a s s a L u b r e n s e	1
	V i c o E q u e n s e	2
	M e t a d i S o r r e n t o	1
	S a n t A g n e l l o	1
T o t a l e		66

Figura 29 – Dati relativi al Gioco della Dieta Mediterranea

Nell'a.s. 2024/2025, nell'ambito dell'Azione "Spuntino in classe per una Merenda Salutare", volta a consolidare ed estendere il consumo di una merenda salutare di metà mattina, sono stati coinvolti n. 54 Istituti Scolastici con n. 200 classi della Scuola dell'Infanzia e n. 650 classi della Scuola Primaria per un totale di n. 15.500 alunni.

Per il triennio 2024/2026, ad oggi, hanno aderito alla Rete n. 129 Istituti Scolastici afferenti al territorio dell'ASL Napoli 3 sud. Nell'anno scolastico in corso n. 64 Istituti hanno scelto di realizzare l'azione "Gioco della Dieta Mediterranea" e n. 52 "Spuntino in classe per una merenda salutare".

❖ **Azioni di promozione di corretti stili di vita per favorire il miglioramento dello stato di salute degli adulti - UOC SIAN.**

La UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha implementato il "Percorso Nutrizionale In Forma: Sano e Mediterraneo", un innovativo corso di Educazione Alimentare rivolto ai Genitori degli Alunni delle classi terze e quarte della Scuola Primaria, che partecipano al "Gioco della Dieta Mediterranea", al fine di accrescere l'*alfabetizzazione sanitaria* e l'*empowerment* delle Famiglie in tema di sana e corretta alimentazione. L'attività nasce dalla consapevolezza che l'ambiente familiare ed i contesti educativi giocano un ruolo essenziale nella costruzione di sane abitudini alimentari.

Nell'a.s. 2024/2025 sono stati realizzati n. 57 corsi in n. 48 Istituti Scolastici, coinvolgendo n. 808 Genitori.

❖ **Azioni di cura e contrasto dell'Obesità e delle patologie ad esse associate durante l'età evolutiva - UOC SIAN.**

Nell'ambito della lotta all'obesità, il SIAN svolge un ruolo fondamentale nella cura e nella prevenzione dell'Obesità in età evolutiva. A tal fine è stato istituito il Centro di II livello "Obesità in età evolutiva" che accoglie bambini e adolescenti con diversi gradi di obesità, erogando prestazioni sanitarie altamente qualificate grazie ad un'equipe multidisciplinare che prende in carico l'intero nucleo familiare. Il Centro offre un servizio di assistenza multidisciplinare, avvalendosi di un'equipe altamente specializzata, composta da Nutrizionisti Specialisti in Scienza dell'Alimentazione, Psicologi-Psicoterapeuti e Laureati Magistrali in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate. L'accesso al Centro è di tipo diretto, su indicazione del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale, il quale certifica la condizione di obesità del bambino/adolescente e invia il paziente al centro di II livello. Il percorso assistenziale è delineato da un PPDTA aziendale (Deliberazione n. 1316 del 06.11.2023). La presa in carico del paziente obeso prevede il primo accesso e l'erogazione di n. 3 prestazioni specialistiche per ciascun paziente: visita nutrizionale, visita psicologica, valutazione motoria. La visita nutrizionale consiste in una valutazione dello stato nutrizionale dell'individuo, eseguita tramite un'attenta anamnesi individuale e familiare del paziente, una valutazione antropometrica, con rilevamento degli indici pondero-staturali e definizione del grado di obesità, e una valutazione della composizione corporea, per definire lo stato di idratazione dei piccoli pazienti. Segue un'adeguata anamnesi alimentare, attraverso questionari di consumo e frequenza, e l'elaborazione di uno schema nutrizionale equilibrato, che verrà consegnato al bambino e alla famiglia in un secondo momento. La visita psicologica si pone come uno strumento di supporto al percorso nutrizionale e persegue il fine di strutturare un'adeguata motivazione al cambiamento dello stile di vita. Esso consta di un colloquio psicologico di accoglienza dell'intero nucleo familiare mirato a comprendere il contesto in cui cresce il bambino e il rapporto con il cibo, per testare eventuali selettività alimentari, problematiche psicologiche connesse all'obesità e superare le difficoltà che possono presentarsi durante il percorso

nutrizionale. Laddove alla prima visita di controllo si rilevano resistenze e difficoltà al cambiamento, si procede ad un ciclo di counselling gruppale/individuale/familiare in base all'età del paziente e al tipo di difficoltà emersa;

l'obiettivo è quello di sciogliere i nodi individuali e/o familiari che rinforzano e mantengono l'obesità, ostacolando l'interiorizzazione di sani stili di vita.

La visita con lo Specialista in Scienze Motorie prevede una valutazione motoria del soggetto, con l'utilizzo di test all'avanguardia per la valutazione della performance fisica. Segue una prescrizione motoria adeguata alle prestazioni del bambino.

Al primo accesso seguono visite di controllo programmate a distanza di 3-4 settimane. Gli accessi per ciascun individuo possono aumentare se si pianificano dei counseling psico-nutrizionali, pensati in base alle necessità del singolo.

Nella seguente tabella sono riportati i dati riferiti al periodo Gennaio 2025-Dicembre 2025.

TABELLA PRESTAZIONI EROGATE DAL CENTRO DI LIVELLO			
TIPO PRESTAZIONE	N. PAZIENTI	N. ACCESSI	N. PRESTAZIONI EROGATE
VISITA	262	262	x 3* = 786
CONTROLLI	911	911	x 3* = 2.733
RITIRATA	263	263	263
COUNSELING	33	71	71
TOTALE	262	1507	3.853

*prestazioni 3: visita nutrizionale, visita psicologica, visita Scienze Motorie

Sono stati presi in carico n. 262 bambini/adolescenti, per un totale di n. 786 prestazioni offerte al primo accesso. Le prestazioni erogate in corso di visite di controllo sono state n. 2.733. Gli schemi nutrizionali consegnati sono stati n. 263. In questo anno di attività, sono stati eseguiti n. 33 counseling nutrizionali, organizzati in più incontri, per un totale di 71 accessi, così suddivisi: 6 counseling individuali, per un totale di n. 24 accessi; n. 2 gruppi di Play Food Education, per un totale di n. 30 accessi; n. 17 accessi per colloquio singolo individuale. Gli accessi totali dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 sono stati n. 1.507, per un totale di n. 3.853 prestazioni erogate.

3 Le Performance

3.1 Introduzione

Il presente Piano è redatto ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150 "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., e delle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Rappresenta la sezione strategico-programmatica con il quale la ASL Napoli 3 Sud da avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

Il Piano della performance, previsto all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009 e dal successivo D. Lgs. 74/2017, è il

documento programmatico triennale attraverso il quale l'Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo della performance che, ai sensi di quanto previsto all'art. 4 del D. Lgs. n. 150/2009, deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

In risposta alle specifiche disposizioni normative emanate negli ultimi anni, il Piano della Performance viene inoltre articolato in coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT).

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti. Il Piano della performance è uno strumento per migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, mostrando i percorsi realizzati e guidando i comportamenti dei singoli, nonché uno strumento di accountability, comunicando anche all'esterno ai propri portatori di interessi priorità e risultati attesi.

Il Piano è redatto in coerenza con gli obiettivi di pianificazione strategica definiti nei programmi operativi regionali nel settore sanitario, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico - finanziaria della Regione Campania, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, oltre che con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali, tenendo presente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e il proseguimento dello stato emergenziale con il contrasto alla Pandemia sanitaria COVID-19. Parte integrante del presente Piano è il Documento di Direttive, strumento di programmazione annuale che indica, in aderenza ai contenuti del Piano triennale aziendale, gli obiettivi per l'anno di riferimento nonché indicazioni per la formulazione del budget.

3.2 L'identificazione delle aree di intervento

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che l'ASL Napoli 3 Sud fornisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono organizzati in tre grandi aree:

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)		
AREA LEA	DESCRIZIONE	PRINCIPALI PRESTAZIONI E SERVIZI
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	Comprende tutte le attività di prevenzione primaria e alcune di prevenzione secondaria rivolte alla collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli altri rischi in ambiente di vita, tutela dai rischi per la salute e la sicurezza degli ambienti di lavoro,	Vaccinazioni; sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive; sicurezza alimentare; tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; sanità veterinaria; tutela dell'ambiente e prevenzione dei rischi ambientali.

sanità veterinaria, vaccinazioni e altre forme di prevenzione delle malattie infettive, tutela degli alimenti, programmi di diagnosi precoce, medicina legale.

L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

Assistenza primaria; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza farmaceutica; assistenza domiciliare; servizi per la salute mentale; assistenza alle dipendenze; consultori familiari; assistenza protesica e integrativa.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Include le prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e di specialistica ad alta complessità, finalizzate alla diagnosi e alla cura delle patologie acute e complesse.

Ricoveri ordinari e in day hospital; pronto soccorso; attività di emergenza-urgenza; interventi chirurgici; prestazioni di alta specializzazione.

Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) tramite il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) rappresenta uno strumento chiave per valutare la performance dell'Azienda, assicurando che le risorse, le azioni e i risultati siano pienamente allineati agli obiettivi strategici e ai livelli essenziali di assistenza.

I LEA e collegamento con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

AREA LEA	PERCHE' NSG E'IMPORATNTE	AREA DELLA PERFORMANCE
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	Misura quanto queste attività raggiungono i cittadini e quanto sono efficaci, guidando azioni correttive e migliorando la performance complessiva in prevenzione.	Prevenzione e salute pubblica
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	Verifica se le persone ricevono le cure necessarie e in modo appropriato, contribuendo a valutare l'efficienza e l'efficacia dei servizi territoriali	Servizi territoriali e continuità assistenziale
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	Controlla qualità, tempi e sicurezza delle cure ospedaliere, supportando l'analisi dell'efficienza, dell'efficacia e dell'organizzazione complessiva dell'Azienda.	Servizi ospedalieri e gestione emergenze

Nel rispetto delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- ❖ garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ❖ garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- ❖ garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio aziendale;
- ❖ garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- ❖ garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- ❖ promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- ❖ promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e sociosanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni inappropriate;

- ❖ promuovere e attivare l'assistenza domiciliare;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria soprattutto rivolta alle fasce di popolazione a maggior rischio;
- ❖ attuare campagne di educazione e promozione della salute.

Inoltre, l'Azienda è attivamente impegnata nel miglioramento dell'assistenza sanitaria rivolta ai cittadini residenti nel territorio aziendale, e specificatamente impegnata in:

- ❖ Interventi di potenziamento delle Risorse Umane;
- ❖ Interventi di ammodernamenti tecnologici;
- ❖ Piano di ottimizzazione delle risorse presenti;
- ❖ Piano di edilizia sanitaria;
- ❖ Potenziamento dell'assistenza territoriale.

3.3 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D.L. 150/09, modificato dal D. Lgs n. 74/2017, che introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito. La finalità dell'intervento è di incentivare la qualità della prestazione lavorativa ed i principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche, anche a garanzia della legalità volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle Amministrazioni Pubbliche.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance costituisce la struttura di riferimento per il ciclo di gestione della performance aziendale, definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti.

Il sistema si basa sull'oggettività della misurazione e sulla validità dei modelli di valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino all'interpretazione degli scostamenti, dalla individuazione delle responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e dalla previsione di idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale sia nei confronti degli stakeholders sia interni che esterni.

Il tema della valutazione delle performance, oltre ad avere una rilevanza sul piano normativo e contrattuale, riveste un ruolo imprescindibile nella gestione aziendale.

La valutazione dei risultati conseguiti dalle diverse articolazioni organizzative dell'ASL Napoli 3 Sud e dai singoli professionisti, infatti, è componente essenziale per avviare *processi di miglioramento* delle performance aziendali. Attraverso lo sviluppo diffuso dell'attività di valutazione, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di avviare un circolo virtuoso mediante il quale ogni soggetto interessato (l'azienda, l'articolazione organizzativa e il singolo dipendente) entri nel merito dell'attività svolta, la ponga in discussione, identifichi i margini di miglioramento e proceda alla loro implementazione concreta.

La valutazione dei risultati, in altre parole, è una necessità aziendale ma, al contempo, un'opportunità di crescita e sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale.

In questo senso, la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale, è attività che non trova la propria ragione d'essere negli effetti che produce a norma di contratto ma, piuttosto, nella valenza di strumento gestionale per la misurazione e l'analisi dei contributi forniti al raggiungimento degli obiettivi aziendali e di studio degli scostamenti registrati rispetto a valori attesi, per valorizzarli e diffonderli, quando positivi, o correggerli e ridurli quando negativi il tutto nell'ottica di una crescita aziendale.

Finalità e caratteristiche del Ciclo della Performance Aziendale

La performance rappresenta il concetto centrale del sistema di misurazione e valutazione dell'azione amministrativa e assume il significato di contributo, inteso sia come risultato conseguito sia come modalità di raggiungimento del risultato, che ciascun soggetto – organizzazione nel suo complesso, unità organizzativa, gruppo di lavoro o singolo individuo – apporta, attraverso la propria azione, al perseguimento delle finalità istituzionali e degli obiettivi dell'ente, nonché alla soddisfazione dei bisogni della collettività per i quali l'organizzazione è stata costituita.

In tale contesto, il Ciclo della Performance (Figura n. 1) costituisce il sistema organico e strutturato mediante il quale l'amministrazione pianifica, gestisce, misura, valuta e rendiconta la propria performance, sia a livello organizzativo sia individuale, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei servizi erogati ai cittadini, nonché di rafforzare la trasparenza e la responsabilità dell'azione amministrativa.

Il Ciclo della Performance si sviluppa su base annuale ed è articolato in fasi tra loro logicamente e temporalmente interconnesse, in coerenza con la programmazione strategica dell'ente e con gli strumenti di pianificazione previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che ne costituisce il principale strumento di integrazione e coordinamento.



Figura 30 – Ciclo performance

della

A partire da tale inquadramento concettuale e metodologico, l'amministrazione definisce e attua il proprio Ciclo della Performance secondo le fasi di seguito descritte, garantendo l'allineamento tra obiettivi strategici, obiettivi operativi e obiettivi individuali, nonché la misurabilità e la valutabilità dei risultati conseguiti (tabella n.1)

Nelle sezioni successive saranno dettagliate le varie fasi del ciclo della performance.

Programmazione e definizione degli obiettivi

La fase di programmazione è finalizzata alla definizione degli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire nel periodo di riferimento, in coerenza con gli indirizzi strategici e con le risorse disponibili.

In tale fase si procede a:

- ❖ *Definizione degli obiettivi strategici*, che individuano le priorità dell'ente e gli impatti attesi in relazione alle politiche pubbliche da attuare;
- ❖ *Redazione e approvazione del Piano della Performance*, confluito nel PIAO, nel quale gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi, indicatori e target misurabili;
- ❖ *Definizione degli obiettivi individuali*, assegnati ai dirigenti e al personale, in coerenza con gli obiettivi organizzativi e con le responsabilità attribuite

Monitoraggio della performance

Il monitoraggio rappresenta una fase essenziale del ciclo, finalizzata a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi e l'andamento delle attività nel corso dell'esercizio.

Sono previsti:

- ❖ un primo monitoraggio entro il 30 aprile dell'anno di riferimento;
- ❖ un secondo monitoraggio entro il 30 settembre dell'anno di riferimento.

A seguito di ciascun monitoraggio, i dati rilevati vengono analizzati al fine di valutare eventuali scostamenti rispetto ai risultati programmati e, se necessario, procedere alla rielaborazione degli obiettivi o all'adozione di azioni correttive, entro 20 giorni dalla realizzazione del monitoraggio.

Misurazione e valutazione della performance

Per le finalità di questo piano è utile definire e distinguere le attività di misurazione da quelle di valutazione.

Per misurazione si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e stakeholder, attraverso il ricorso a indicatori.

Per valutazione si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento. Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio Ciclo della Performance. La figura seguente illustra il ciclo complessivo.



Figura 31 – Il ciclo della performance

Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi.

L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa

Concluso l'esercizio di riferimento, l'amministrazione procede alla misurazione e valutazione dei risultati conseguiti.

In particolare:

- ❖ viene effettuata la consuntivazione dei risultati raggiunti, attraverso la rilevazione finale degli indicatori previsti;
- ❖ si procede alla valutazione della performance organizzativa, riferita all'ente nel suo complesso e alle singole strutture organizzative;
- ❖ viene effettuata la valutazione della performance individuale, in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e ai comportamenti professionali e organizzativi.

Rendicontazione dei risultati

La fase di rendicontazione assicura la trasparenza dell'azione amministrativa e consente di dare conto dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi programmati.

Essa si concretizza nella:

- ❖ redazione della Relazione sulla Performance, che illustra in modo analitico gli esiti del ciclo;
- ❖ approvazione della Relazione da parte degli organi competenti;
- ❖ pubblicazione della Relazione sul sito istituzionale dell'Ente.

Attività	Tempi
<u>Programmazione e definizione obiettivi</u>	
1.1 Definizione degli obiettivi strategici	Entro il 31 dicembre dell'anno precedente
1.3 Redazione ed approvazione del piano della performance	Entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento (inserito nel PIAO)
1.4 Definizione degli obiettivi individuali	Entro il 28 Febbraio dell'anno di riferimento
<u>Monitoraggio della PO</u>	
2.1 Monitoraggio	Entro il 30 aprile dell'anno di riferimento (primo monitoraggio); Entro il 30 settembre dell'anno di riferimento (secondo monitoraggio);
2. Valutazione dati monitoraggio intermedio ed eventuale rielaborazione degli obiettivi	Entro 20 gg dalla realizzazione del monitoraggio
<u>Misurazione e valutazione</u>	
3.1 Consuntivazione dei risultati raggiunti	Entro 31 Marzo dell'anno successivo
3.2 Valutazione della performance organizzativa per l'ente nel suo complesso e per le singole strutture	
3.3 Valutazione della performance individuale	
<u>Rendicontazione dei Risultati</u>	

Redazione della Relazione Approvazione della Relazione Pubblicazione della Relazione

Entro il 30 giugno dell'anno successivo

Il Ciclo della Performance rappresenta uno strumento fondamentale di governance dell'ente, in quanto consente di assicurare la coerenza tra programmazione, gestione e valutazione, favorendo il miglioramento continuo delle prestazioni organizzative e individuali e rafforzando i principi di trasparenza e responsabilità dell'azione amministrativa.

Tale funzione di governo assume un rilievo strategico in quanto orientata alla creazione di Valore Pubblico, inteso come l'insieme dei benefici economici, sociali e istituzionali prodotti dall'azione amministrativa in favore della collettività.

Attraverso il Ciclo della Performance, l'ente indirizza le proprie risorse, le proprie attività e i comportamenti organizzativi verso il perseguitamento di risultati che generano impatti concreti e misurabili sui bisogni dei cittadini e sulla qualità dei servizi erogati.

In questo senso, il Ciclo della Performance costituisce il principale strumento attraverso il quale l'amministrazione traduce gli indirizzi strategici e le priorità di Valore Pubblico in obiettivi operativi e individuali, ne monitora l'attuazione, ne valuta gli esiti e ne rende conto in modo trasparente. La performance organizzativa e individuale non è pertanto considerata come un fine in sé, ma come un mezzo per concorrere alla realizzazione del Valore Pubblico, assicurando l'efficacia dell'azione amministrativa, l'efficiente utilizzo delle risorse e il miglioramento complessivo del benessere della comunità di riferimento

Gli indicatori

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati "indicatori di performance della sanità" è fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

Gli studi gestionali e manageriali sono concordi nell'approcciare la valutazione delle performance della struttura e del sistema, partendo dalle dimensioni di qualità dell'healthcare di Maxwell, e in particolare:

- ❖ accessibilità, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;
- ❖ appropriatezza, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- ❖ equità, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- ❖ efficacia, ovvero capacità del sistema di ottenere i risultati prefissi;
- ❖ efficienza, cioè il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento dei risultati prefissi col minor dispendio di risorse.

Ognuna di queste aree/principi, quantificabili in funzione di determinati parametri sono gli indicatori di performance sanità. Gli indicatori di performance della sanità sono moltissimi, e dipende dal sistema e dalla struttura sfruttarli in modo consono per la massimizzazione delle proprie performance. Il fatto che essi possano essere concretamente impiegati dipende peraltro da tre fattori: la quantità, la qualità dei flussi informativi, nonché la capacità di elaborazione degli stessi al fine di fornire indicazioni precise e complete su cui 'costruire performance

di livello superiore.

Lo stato delle risorse

Gli indicatori sullo stato delle risorse misurano la quantità e qualità (livello di salute) delle risorse dell'amministrazione; le tre principali aree sono:

- ❖ stato delle risorse umane: quantità (numero dipendenti, etc.) e qualità (competenze, benessere, etc.);
- ❖ stato delle risorse economico-finanziarie: quantità (importi, etc.) e qualità (valore del debito, etc.);
- ❖ stato delle risorse strumentali: quantità (mq. spazi, n. computer, etc.) e qualità (adeguatezza software, sicurezza/ergonomia luogo di lavoro, etc.).

Il nucleo centrale della performance organizzativa è costituito dalle dimensioni di efficienza ed efficacia.

L'insieme di queste dimensioni dipende dalla tipologia di amministrazione e dai suoi obiettivi, e proprio la loro definizione permette di specificare meglio il risultato atteso nei confronti dell'utenza. Ad esempio, per misurare l'efficacia di un servizio rivolto al pubblico è possibile prendere varie dimensioni: accessibilità; estetica/immagine; disponibilità; pulizia/ordine; comunicazione; cortesia; correttezza dell'output erogato; affidabilità; tempestività di risposta.

3.4 Caratteristiche generali del SMVP Aziendale

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'azienda è caratterizzato da:

- ❖ comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
- ❖ confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
- ❖ fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- ❖ affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Obiettivi

L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Questo valore, espresso in termini di livello di rendimento, rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile dal valutato attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori. Gli obiettivi negoziati e quindi affidati devono essere misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo del Controllo di Gestione.

La tipologia di obiettivi

Il Piano in oggetto traduce gli obiettivi di mandato in obiettivi strategici e operativi, da perseguire attraverso l'impiego ottimale delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili. Ciascun obiettivo deve essere corredata da indicatori idonei a misurarne il grado di raggiungimento rispetto ai target attesi. Si fa riferimento alle tipologie di obiettivi di seguito indicate.

Obiettivi Strategici (OS) di struttura

Gli Obiettivi Strategici (OS) sono caratterizzati da una forte rilevanza in termini di impatto istituzionale ed amministrativo attraverso cui l'azienda intende raggiungere risultati volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività. Gli OS sono elaborati in coerenza con gli obiettivi di mandato, le indicazioni regionali, l'analisi di contesto interno ed esterno ed altri elementi rilevanti che incidono sulle politiche aziendali.

Gli obiettivi strategici sono definiti dalla Direzione Strategica (Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria- strutture di tipo A) ed assegnati alle strutture di Tipo B.

Obiettivi Operativi

Gli Obiettivi Operativi (OO) fanno riferimento ai risultati che le strutture di Tipo C e Tipo D devono raggiungere ed in tal senso possono far riferimento alle seguenti opzioni:

- ❖ derivare direttamente dagli OS di cui rappresentano una declinazione in relazione ai target a questi assegnati; in tal caso gli indicatori ed i target possono essere elaborati ridistribuendo i risultati attesi dagli OS per competenze territoriali o funzionali;
- ❖ derivare dagli indicatori caratterizzanti la specifica unità organizzativa come declinati all'interno della "scheda budget" del centro di responsabilità di afferenza;
- ❖ far riferimento a priorità trasversali, non necessariamente legate agli OS, ma che producono un beneficio diretto all'operatività della struttura.

Obiettivi Individuali (OI)

Gli Obiettivi Individuali (OI) sono orientati a valorizzare il contributo dei singoli per il perseguimento della performance aziendale e della struttura di appartenenza.

Gli OI sono obiettivi assegnati specificamente al dipendente, il quale è l'unico soggetto chiamato a risponderne e fanno specifico riferimento al suo ruolo e alle sue funzioni.

In questo senso, quale riferimento di carattere orientativo, potranno essere assegnati al singolo dipendente obiettivi riferibili a:

- ❖ contributo per azioni di sviluppo, di formazione e miglioramento del funzionamento delle attività istituzionali;
- ❖ contributo al raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento in funzione dello specifico ruolo ricoperto (legati ad incarichi ad personam).

3.5 Griglia indicatori

Rappresenta una raccolta di indicatori specifici delle diverse strutture organizzative: con tale set di indicatori, caratterizzanti in modo specifico l'operatività della specifica struttura organizzativa, si possono, in tal modo,

monitorare il raggiungimento di risultati funzionali alla salute organizzativa ed il raggiungimento degli standard produttivi, economici ed organizzativi delle strutture nonché i riferimenti dei livelli essenziali di assistenza. La griglia indicatori è associata alle strutture organizzative coerentemente con il piano dei centri di costo deliberato.

Le dimensioni rappresentate attraverso gli indicatori della suddetta Griglia sono:

- ❖ NSG;
- ❖ Attività;
- ❖ Efficienza.

I target e gli indicatori definiti ed assegnati quali obiettivi di mandato alla Direzione Generale, vengono assegnati attraverso una fase di confronto e negoziazione con i Direttori di tipo B.

Indicazioni metodologiche per lo sviluppo degli obiettivi e degli indicatori

Gli obiettivi sono espressi in maniera chiara ed univoca e sono associati ad uno o più indicatori.

Gli indicatori sono strumenti che permettono di rappresentare l'andamento di alcuni fenomeni e permettono di misurare e di conseguenza valutare il successo e l'adeguatezza delle azioni svolte.

Essi hanno una estrema valenza per la pianificazione in quanto rappresentano le informazioni che permettono di dare concretezza agli obiettivi che l'azienda si pone. Essi sono un riferimento imprescindibile per la misurazione delle performance nel tempo, permettono di descrivere gli andamenti nel breve, medio o lungo periodo.

Gli indicatori hanno le seguenti caratteristiche:

- ❖ **Specifico:** inteso come capacità di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- ❖ **Misurabile:** capacità dell'indicatore di essere quantificabile in maniera oggettiva, basandosi su fonti affidabili e trasparenti;
- ❖ **Raggiungibile:** inteso come obiettivo realistico e raggiungibile con le risorse a disposizione (scheda di budget);
- ❖ **Rilevante:** capacità dell'indicatore di essere significativo e pertinente per la valutazione di un particolare fenomeno;
- ❖ **Temporizzato:** inteso come capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori.

Ad ogni singolo indicatore è associato un target, ovvero il risultato da raggiungere che permette di definire il conseguimento dell'obiettivo.

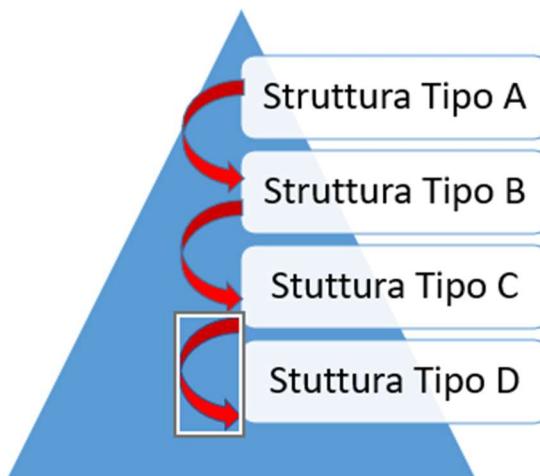
La definizione del punteggio per ogni singola scheda di valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio la cui somma finale deve essere su base 100.

Gli indicatori disponibili sono:

- ❖ Indicatori LEA del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- ❖ Indicatori percentuali;
- ❖ Indicatori ON/OFF (SI/NO);
- ❖ Indicatori di volume (Es. numero di audit, numero di controlli).

3.6 Correlazione tra tipologie di obiettivi e strutture aziendali

Il modello valutativo è articolato in maniera coerente con la struttura organizzativa aziendale definita dall'organigramma e dall'atto aziendale, al fine di definire le correlazioni e le interdipendenze nei processi di assegnazione degli obiettivi e di valutazione della Performance Organizzativa ed Individuale. In relazione all'attuazione del Ciclo della Performance, la struttura organizzativa è riconducibile a 4 livelli principali a cui fanno riferimento tutte le strutture centrali e periferiche dell'azienda secondo una metodologia a cascata di tipo piramidale.



Struttura di tipo A

Le unità afferenti a questa categoria sono costituite dalla Direzione Strategica che rappresenta la struttura di vertice dell'organizzazione che ha la responsabilità di declinare gli orientamenti derivanti dalle indicazioni regionali e dalle esigenze strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, in obiettivi di performance.

La Direzione Strategica (il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario), definisce gli OS e, previa fase di negoziazione, li assegna alle Strutture di Tipo B secondo criteri di coerenza ed applicabilità.

Struttura di tipo B

Le unità afferenti a questa categoria sono macrostrutture organizzative che, riportando funzionalmente alla Direzione Strategica, hanno il compito di attuare gli obiettivi strategici in relazione alla loro funzione istituzionale e territoriale.

Le unità afferenti a questa categoria sono: i Dipartimenti e le Unità Operative complesse di supporto alla Direzione Strategica e Amministrativa.

Struttura di tipo C

Le unità afferenti a questa categoria sono:

- ❖ Le Unità Operative Complesse (UOC);
- ❖ Le Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD).

Le strutture di Tipo C, come già detto, sono coinvolte nella realizzazione degli OO loro assegnati e attraverso il raggiungimento di questi verrà misurata la loro Performance Organizzativa.

I dirigenti, responsabili delle Strutture di tipo C, assegnano e negoziano gli obiettivi operativi alle strutture di loro diretta responsabilità. (UU.OO.SS.)

Struttura di tipo D

Le unità afferenti a questa categoria sono tutte le UU.OO.SS.

Le strutture di Tipo D sono coinvolte nella realizzazione degli OO loro assegnati e attraverso il raggiungimento di questi verrà misurata la loro Performance Operativa.

Gli attori del processo di valutazione

La Direzione Strategica

- ❖ definisce in uno, con il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario con cui compone la Direzione Strategica, gli Obiettivi Strategici sulla base delle indicazioni delle programmazioni regionali assegnandoli alle strutture di tipo B;
- ❖ effettua e valida la valutazione della performance individuale:
 - dei responsabili delle strutture di Tipo B (congiuntamente alla Direzione Strategica);
 - dei responsabili delle strutture di supporto direttamente dipendenti;
- ❖ approva, con propria deliberazione su proposta del Responsabile della UOSD Misurazione e Valutazione della Performance, tutti gli atti e i documenti in tema di performance, (d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e legge n. 190/2012 e s.m.i. Legge 113/2021);
- ❖ sulla base delle risultanze del monitoraggio intermedio e/o sulla base di segnalazioni dei direttori delle strutture di tipo B, può predisporre modifiche al Piano della Performance adeguando obiettivi, indicatori e target.

Il Direttore Sanitario e Amministrativo

Effettuano la valutazione della performance individuale dei responsabili delle strutture ed essi afferenti.

Il Direttore di strutture di TIPO B

- ❖ negozia e definisce gli obiettivi operativi con i direttori delle strutture di tipo C;

- ❖ valuta la performance individuale dei responsabili delle strutture di Tipo C;
- ❖ convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Direttore di strutture di TIPO C

- ❖ negozia e definisce gli Obiettivi Operativi da assegnare alle strutture di Tipo D che riportano alla propria unità;
- ❖ valuta la performance individuale dei responsabili delle strutture di Tipo D;
- ❖ convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Responsabile delle strutture di tipo D

- ❖ assegna e valuta, la performance individuale del personale incardinato nella struttura di cui ha la responsabilità;
- ❖ convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

La UOSD Misurazione e Valutazione delle Performance

- ❖ assicura il supporto alla Direzione Strategica nella fase di negoziazione degli Obiettivi Strategici e degli obiettivi operativi a tutti i livelli;
- ❖ gestisce il sistema di misurazione e valutazione al fine di fornire al Direttore Generale e all'OIV eventuali correttivi in sede di predisposizione della relazione annuale;
- ❖ collabora con la Direzione Aziendale e l'OIV al fine di garantire, nelle varie fasi di processo, il rispetto dei tempi e delle modalità stabilita.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'O.I.V. è costituito da membri esperti, selezionati attraverso procedure formalizzate che ne assicurano l'indipendenza, la competenza e l'imparzialità. La sua costituzione avviene nel rispetto dei criteri stabiliti dalla normativa, con particolare riferimento al Decreto Legislativo n. 150/2009 e alle successive integrazioni. Tale organismo svolge funzioni previste dalla normativa vigente e dalla regolamentazione dell'Azienda.

Nello specifico le funzioni principali dell'O.I.V. includono:

- ❖ La validazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
- ❖ Garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'art. 9 comma 1 lett. D) del Dlgs. 150/2009, nonché dell'utilizzo dei premi di cui al titolo III del Dlgs. 150/2009;
- ❖ propone, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al Titolo III;
- ❖ Il monitoraggio costante dell'attuazione del ciclo della performance, dalla definizione degli obiettivi alla valutazione dei risultati.
- ❖ La verifica della coerenza tra obiettivi, risorse e risultati, anche in relazione agli standard di qualità e ai livelli

essenziali di assistenza (LEA).

- ❖ La promozione della trasparenza e della cultura della performance all'interno dell'organizzazione.
- ❖ La formulazione di proposte migliorative e la segnalazione di eventuali criticità agli organi di vertice.

3.7 Il Sistema di Performance a supporto del Valore Pubblico e dell'Accountability

Misurazione e Valutazione della Performance per il miglioramento dei servizi e dei processi

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, unitamente al Ciclo della Performance, rappresenta uno strumento essenziale di governo dell'ente, finalizzato non solo alla verifica dei risultati conseguiti, ma soprattutto all'orientamento strategico dell'azione amministrativa verso la creazione di Valore Pubblico. In tale prospettiva, la performance organizzativa e individuale assume un significato che va oltre la mera misurazione degli esiti, configurandosi come leva di miglioramento continuo e di rafforzamento della capacità dell'amministrazione di rispondere in modo efficace e sostenibile ai bisogni della collettività.

Il sistema consente di valorizzare il capitale umano quale risorsa strategica dell'ente, promuovendo la responsabilizzazione, la motivazione e lo sviluppo delle competenze del personale, in coerenza con gli obiettivi organizzativi e con i valori dell'amministrazione. La chiara definizione degli obiettivi, la trasparenza dei criteri di valutazione e il collegamento tra risultati attesi e contributo individuale favoriscono una cultura orientata al merito, alla collaborazione e al miglioramento delle prestazioni.

Attraverso il monitoraggio costante e la valutazione dei risultati, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance supporta inoltre il miglioramento dei processi, consentendo di individuare criticità, inefficienze e margini di ottimizzazione, nonché di orientare le scelte organizzative e gestionali verso soluzioni più efficaci ed efficienti. In tal modo, la misurazione della performance diviene uno strumento di apprendimento organizzativo e di innovazione, volto a innalzare la qualità dei servizi erogati e il livello di soddisfazione degli utenti.

Infine, il Ciclo della Performance e il relativo sistema di valutazione rafforzano i principi di accountability e trasparenza (Figura n.2), assicurando una rendicontazione chiara e comprensibile dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati. La Relazione sulla Performance rappresenta, in questo senso, il momento conclusivo di un percorso strutturato che consente all'amministrazione di dare conto del proprio operato agli stakeholder interni ed esterni, consolidando il rapporto di fiducia con i cittadini e contribuendo al rafforzamento della legittimazione dell'azione amministrativa.

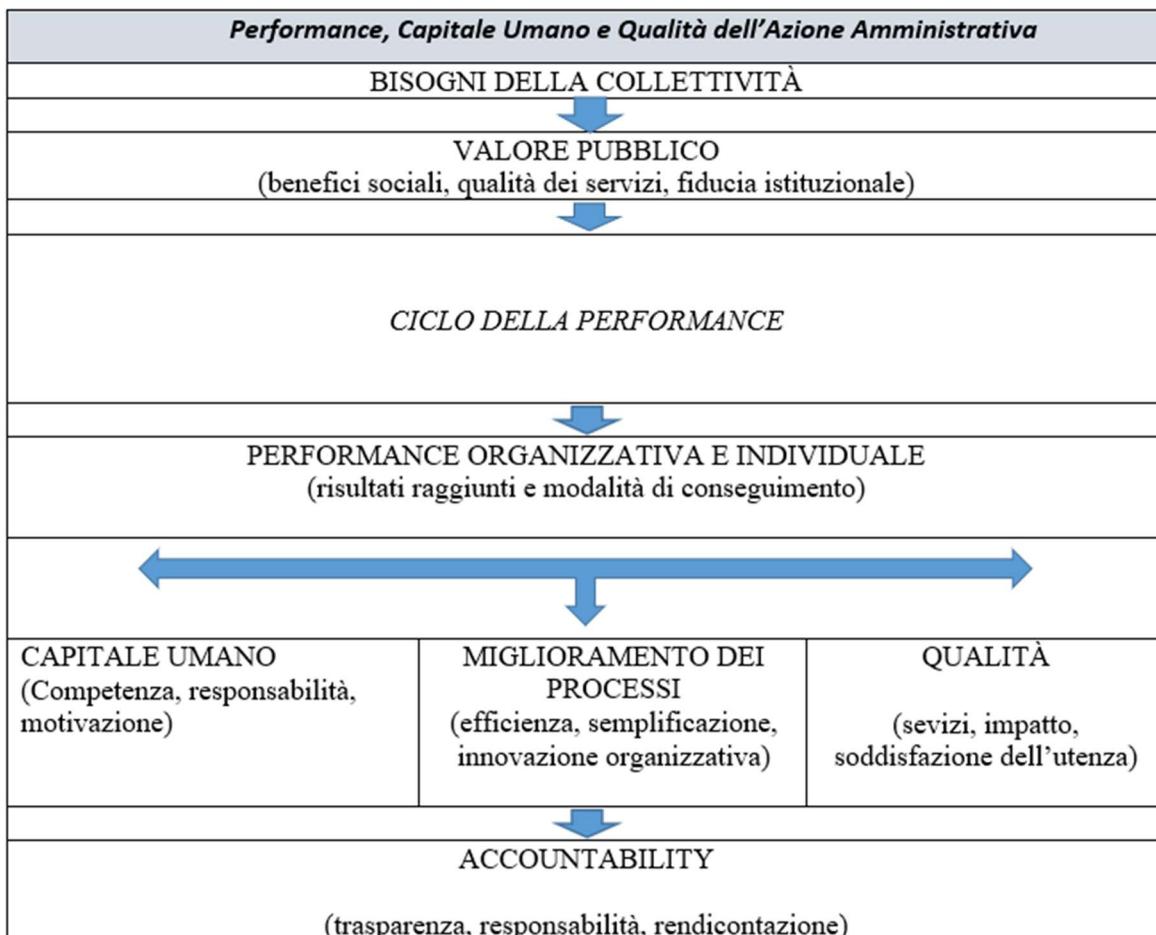


Figura 32 – Sistema di Performance a supporto del Valore Pubblico e dell'Accountability

3.8 *Lo schema degli obiettivi*

Si allegano le schede Obiettivi Strategici ASL Napoli 3 Sud 2025-2027, annualità 2025, distinti in:

- Area Sanitaria (Allegato n. 7);
- Area Amministrativa (Allegato n. 8);

4 I rischi corruttivi e la trasparenza

4.1 Introduzione

La nuova disciplina sul Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) connota di ulteriore significato gli strumenti di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza che ne costituiscono contenuto fondamentale e trasversale. La prevenzione della corruzione rappresenta pertanto la dimensione del valore pubblico a garanzia e tutela di tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'Asl Napoli 3 Sud. Nella finalità di prevenzione dei fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione e nel perseguitamento di obiettivi di imparzialità, il sistema coordinato delle misure di anticorruzione contribuisce pertanto a generare esso stesso valore pubblico. Il PIAO aggiunge significato al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza, non solo per la convergenza nella parte degli obiettivi strategici di valore pubblico, ma anche in quanto inserisce in modo trasversale in tutti i livelli dell'organizzazione dell'ente la previsione dei comportamenti tipici della buona amministrazione, quali la trasparenza e la prevenzione dei conflitti di interesse. Da ciò consegue che l'attuale piano di anticorruzione e trasparenza, al fine dell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza deve necessariamente considerare tutti gli ambiti di attività in quanto funzionali alla creazione di valore pubblico in senso lato. In altri termini permane la necessità – ribadita dall'Autorità nel PNA 2022 – che siano comunque presidiati da idonee misure di prevenzione della corruzione tutti quei processi che, oggetto di valutazione del rischio, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi. La sezione prosegue pertanto il percorso avviato di contrasto alla cattiva amministrazione. Tale percorso si pone in linea con le previsioni della legge 6 novembre 2012, n.190, nonché con le disposizioni dettate dalla successiva normativa emanata in materia. Una parte della sezione riguarda la programmazione della trasparenza considerata quale principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione a garanzia della più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Asl realizza in favore della collettività. La sezione nell'illustrare la strategia, i programmi, gli obiettivi e le azioni di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, si integra con le altre sezioni del PIAO. Si precisa che il passaggio alla logica sottesa al nuovo PIAO è un'operazione in progressiva attuazione. La sottosezione da un lato valorizza il modello costruito negli anni precedenti, senza disperdere i risultati ottenuti, e d'altro canto provvede a rivederlo e adattarlo alla ratio della riforma introdotta dal PIAO diretta a rendere funzionali gli impatti delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza alla protezione degli obiettivi strategici di valore pubblico.

4.2 Soggetti e ruoli della strategia aziendale

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che, nell'amministrazione, operano nel processo di gestione del rischio.

Di seguito vengono, quindi, elencati gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione individuati nell'Azienda e descritti i rispettivi compiti nonché le reciproche relazioni, pur rimanendo il RPCT il punto di riferimento principale e la figura di coordinamento dell'intero sistema di prevenzione.

La Direzione Generale si avvale del supporto del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e mantiene con quest'ultimo un dialogo costruttivo finalizzato alla definizione di misure attuali ed effettive per prevenire i fenomeni interni di maladministration. Quale organo di indirizzo politico:

- ❖ definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ❖ designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ❖ adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- ❖ adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- ❖ può chiedere al RPCT di riferire sull'attività.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) è il soggetto preposto a collaborare con la direzione strategica e con tutti i soggetti dell'organizzazione affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative siano basate sul principio di legalità; l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ente nonché della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. In materia di misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza, spetta al RPCT presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO che sia "idonea", ossia studiata per essere efficace per lo specifico ente in cui deve essere attuata.

A ciò si deve aggiungere l'obbligo:

- ❖ di vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- ❖ di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ❖ di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

I risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nella sezione apposita del PIAO, sono resi noti dal RPCT in una Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione, predisposta sulla base delle relazioni elaborate dai Direttori dei Dipartimenti, dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture Complesse (U.O.C.).

Oltre a predisporre la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, il RPCT deve occuparsi anche:

- ❖ della programmazione delle attività necessarie a garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza, elaborando una apposita sezione, con la quale organizzare i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati nonché il sistema di monitoraggio sull'attuazione degli stessi;
- ❖ dell'attività di monitoraggio di secondo livello sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, assicurando anche che sia rispettata la "qualità" dei dati.
- ❖ A ciò consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC e/o all'UPD.

In materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative

nazionali (Whistleblowing), il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni. In materia di imparzialità soggettiva del “funzionario”, il RPCT ha compiti di vigilanza anche sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. Un ruolo chiave è svolto sicuramente dal RPCT anche in materia di Pantouflage, essendo chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure di prevenzione di predetta misura.

Tuttavia, il RPCT, sia per la mancanza di risorse umane che finanziarie, sia per le dimensioni dell’Ente ha incontrato notevoli difficoltà nel poter garantire un controllo costante sull’attuazione delle misure di prevenzione. Sarebbe auspicabile che l’Amministrazione garantisse un adeguato supporto (risorse umane in primis, e poi tecnologiche) per consentire la suddetta attività di controllo da parte del RPCT, anche a garanzia dei Referenti/Responsabili delle Unità operative-Distretti-PO-Dipartimenti.

Infatti, considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, l’Autorità, con Determinazione n.12/2015, con Deliberazione n. 22/2016 e con il PNA 2023-2025, ritiene che vada assicurato al RPCT un adeguato supporto, attraverso la previsione di una struttura organizzativa idonea, proporzionata e dedicata che consenta al RPCT di svolgere in modo completo ed effettivo le proprie funzioni.

Laddove possibile è opportuno che l’organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con personale congruo per numero e professionalità, risorse strumentali e finanziarie.

In ottemperanza a quanto previsto dall’allegato 6 del PNA 2022, in caso di un periodo di assenza temporanea del RPCT, le funzioni ordinarie verranno svolte dal Dirigente in servizio presso l’UOC di supporto al RPCT così come individuata con DDG n. 1651 del 26/11/2024.

In ossequio a quanto previsto dall’Autorità, sia nelle citate Deliberazioni che nel PNA 2023-25, vengono individuati i **Referenti aziendali** con compiti di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza e chiamati a svolgere una costante attività informativa nei confronti del Responsabile. Sono individuati “Referenti” per la prevenzione della corruzione i Direttori delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incardinate nella Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria (nel prosieguo della presente sezione del PIAO tali strutture sono denominate “Strutture Centrali”, i Direttori dei Dipartimenti, i Direttori dei Distretti, i Direttori dei Presidi Ospedalieri, I direttori dei Presidi Ospedalieri possono farsi coadiuvare nell’esercizio delle attività amministrative legate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza dai Direttori delle UUO OCC Servizi Amministrativi ospedalieri Area Nord e Area Sud. A tal fine, ne verrà data formale comunicazione al RPCT.

Ciascun referente, per l’attività di rispettiva competenza, è chiamato a collaborare con il RPCT, svolgendo un ruolo di raccordo fra il medesimo e le strutture dirette.

Nello specifico i Referenti provvedono a:

- ❖ collaborare con il RPCT nella predisposizione della mappatura dei processi della propria struttura;
- ❖ monitorare la gestione dei beni e delle risorse strumentali assegnati ai servizi, nonché vigilare sul loro corretto uso da parte del personale dipendente;
- ❖ vigilare sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell’obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di Pantouflage di cui all’art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001;
- ❖ individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- ❖ trasmettere entro il 30 novembre, ai fini del monitoraggio, la relazione annuale al RPCT sullo stato di attuazione e sull’utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate ed eventuali proposte

di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare (Sottosezione “Altri contenuti”, sottosezione di secondo livello “Prevenzione della corruzione” degli obblighi di pubblicazione dell’allegato 6 del presente piano);

- ❖ nella relazione di cui alla precedente lettera e), il Referente dichiara l’ottemperanza agli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente previsti dagli allegati 6 e 7 del presente Piano;
- ❖ segnalare al Responsabile i casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- ❖ assicurare, in materia di trasparenza, il rispetto degli obblighi e dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all’interno della propria struttura.

I Referenti anticorruzione, in quanto portatori di conoscenze tecniche settoriali, potranno essere coinvolti ratione materiae nel corso della definizione del piano anticorruzione o del suo monitoraggio, per l’approfondimento di determinate questioni (p.e., focus tematici voltati alla ridefinizione dell’architettura e del contenuto delle singole aree di rischio; supporto al RPCT nell’analisi delle segnalazioni pervenute; riorganizzazione di Sottosezioni della pagina Amministrazione trasparente).

I Referenti dei Dipartimenti, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri (Direzioni mediche di Presidio) elaborano e trasmettono al RPCT un’unica relazione per la propria macro-articolazione.

Qualora il RPCT necessiti di un corretto inquadramento normativo della fattispecie (come, ad esempio, ai fini della valutazione di una segnalazione) può richiedere un parere all’UOC Affari Legali che è tenuto a fornire risposta nei tempi indicati dal RPCT e comunque tali da consentire di poter riscontrare la segnalazione entro 20 giorni. Come raccomandato dall’Anac nel PNA 2019, inoltre, il RPCT si potrà avvalere anche degli uffici aziendali che svolgono attività ispettive o di controllo, in un’ottica prospettica di integrazione e coordinamento con il sistema dei controlli interni ed esterni.

La rete dei Referenti anticorruzione, quanto mai necessaria in un’organizzazione articolata come quella aziendale, ha l’obiettivo di semplificare il flusso di informazioni e di garantire la predisposizione di idonee misure di prevenzione nonché di presidiare la loro attuazione.

Ciascun Referente, nell’ambito della propria articolazione, individua un incaricato che coadiuva il Referente nelle attività relative alla Prevenzione della Corruzione. L’incaricato si occuperà altresì del caricamento dei dati, delle informazioni e dei documenti soggetti ad obbligo di pubblicazione ai sensi del Decreto sulla Trasparenza (allegati 6 e 7 al PIAO).

Il nominativo, la mail e il recapito telefonico dell’incaricato verranno comunicati formalmente al RPCT. Tali dati verranno tempestivamente aggiornati in caso di sostituzione.

Tutti gli altri dipendenti dell’amministrazione sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nella presente sezione anticorruzione e nel Codice di Comportamento generale ed aziendale, inoltre:

- ❖ partecipano al processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione, se ed in quanto coinvolti;
- ❖ segnalano casi di illecito e di (attuale o potenziale) conflitto di interessi, anche ai fini dell’attivazione dei meccanismi di cui all’art. 6 bis L.241/1990 (art. 6 e 7 D.P.R. 63/2013);
- ❖ partecipano ai percorsi formativi attivati dall’Azienda;
- ❖ adempiono agli obblighi del Codice di Comportamento (nazionale ed aziendale).

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione e dei compiti previsti dalla presente sezione del PIAO è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche di responsabilità dirigenziale.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione osservano le misure contenute nella presente Sezione e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):

- ❖ verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione anticorruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale;
- ❖ verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- ❖ verifica i contenuti della relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza, allo scopo può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- ❖ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ❖ esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale;
- ❖ rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza, secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

- ❖ esamina le segnalazioni relative a violazioni dei Codici di comportamento aziendale e Disciplinare;
- ❖ svolge i procedimenti disciplinari di competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti riferiti ad ipotesi di eventi corruttivi, pur eventualmente sospesi per un processo penale pendente;
- ❖ svolge attività di vigilanza e, in raccordo con il RPCT, di monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA). Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), di cui all'art. 33 del D.L. 8.10.2012 n. 179. Il Responsabile dell'inserimento e aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti per l'Asl Napoli 3 Sud è Il Direttore dell'UOC Acquisti Beni e Servizi.

4.3 Analisi del contesto

L'analisi del contesto esterno ed interno rientra nelle attività necessarie per definire le misure di prevenzione della corruzione. Il contesto esterno identifica l'ambiente nel quale l'Ente opera con riferimento alle variabili culturali,

criminologiche, sociali ed economiche del territorio che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'Ente, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. Le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui l'Ente è sottoposto consentono di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio. Il contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. Tale analisi è utile ad evidenziare da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Ente.

4.4 Contesto esterno dell'Asl Napoli 3 Sud

L'analisi del contesto esterno è stata operata attraverso il Cruscotto Contesto elaborato dall'ANAC e raggiungibile attraverso il seguente link:

<https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps>

L'analisi di contesto prende in considerazione diciotto indicatori elementari raccolti in quattro domini tematici: criminalità, istruzione, economia e territorio.

- ❖ Indicatore composito dei compositi

L'indicatore composito dei compositi ha l'obiettivo di sintetizzare, in un unico indicatore, la complessità e la multidimensionalità della corruzione. Per tale motivo è calcolato utilizzando i seguenti domini: istruzione, criminalità, economia e territorio. L'analisi del contesto esterno, infatti, si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche culturali, economiche, sociali del territorio nel quale l'amministrazione opera, tali da poter favorire, o viceversa ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi. Tale metodologia è alla base della misurazione del Benessere Equo e Sostenibile dell'ISTAT e di altri indicatori di misurazione di fenomeni complessi multidimensionali sia a livello nazionale che internazionale. Fonte: Cruscotto Contesto ANAC

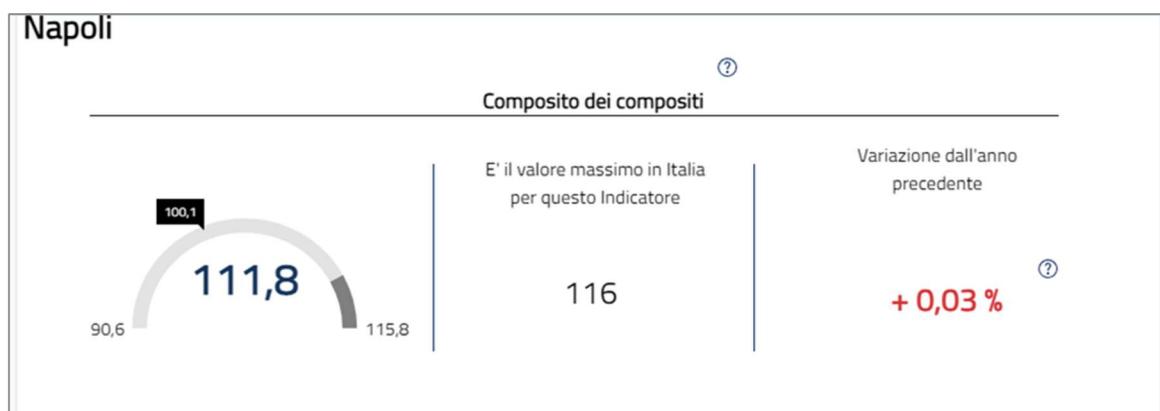


Figura 33 – Indicatore composito dei compositi



Figura 34 – Domini dell'indicatore composito dei compositi

❖ Indicatori di criminalità

La diffusione della corruzione può essere notevolmente influenzata dai livelli complessivi di criminalità, dall'efficacia del sistema giuridico nel contrastarla, dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

L'indicatore reati di corruzione, concussione e peculato considera i delitti in cui la fattispecie giuridica contempla uno scambio tra un funzionario pubblico e un soggetto esterno (corruzione e concussione), o un abuso di potere per il profitto privato del funzionario (peculato). In tale indicatore rientrano: i reati contro l'ordine pubblico e ambientali, i reati contro il patrimonio e l'economia pubblica e gli altri reati contro la PA. In tale indicatore sono inclusi i delitti in cui lo scambio illecito e/o l'abuso di potere costituiscono un elemento esterno/fattuale che fa da contesto del reato. In questo caso la corruzione e/o l'abuso di potere non sono necessariamente oggetto di accertamento in sede processuale, ma possono rappresentare la ratio che sta dietro alla commissione di quei delitti e quindi segnalare fenomeni comportamentali corruttivi.



Figura 35 – Indicatore composito criminalità



Figura 36 – Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica

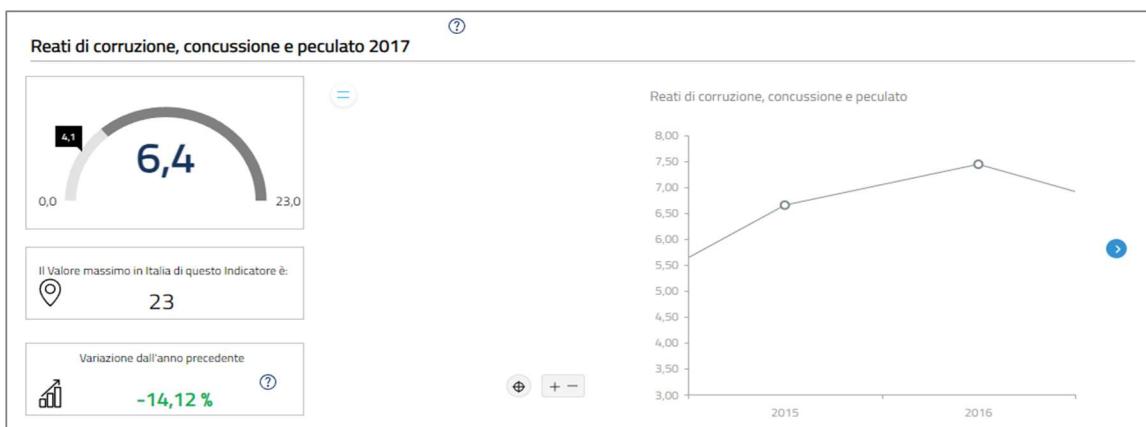
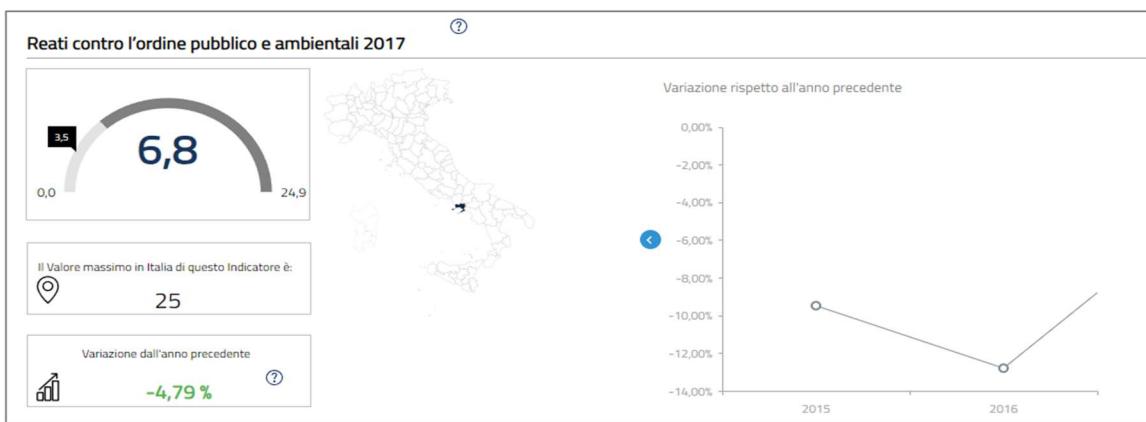


Figura 37 – Reati di corruzione, concussione e peculato



ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

Figura 38 – Reati contro l'ordine pubblico e ambientali



Figura 39 – Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione

❖ Indicatore di istruzione

Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione. Una possibile spiegazione è che gli individui con livelli di istruzione più elevati abbiano acquisito competenze e conoscenze che li rendono più consapevoli del valore delle libertà civili e meno tolleranti nei confronti della corruzione. Per le stesse ragioni, livelli più elevati di corruzione mediamente sono associati a livelli più bassi di capitale umano. A ciò si aggiunge che dove la corruzione è maggiore, l'emigrazione qualificata è significativamente più elevata, generando problemi di fuga di cervelli. Nel cruscotto sono analizzati il numero di diplomati, il numero di laureati e il numero di giovani (15-29 anni) che non hanno un'occupazione regolare e non seguono un percorso di studio.

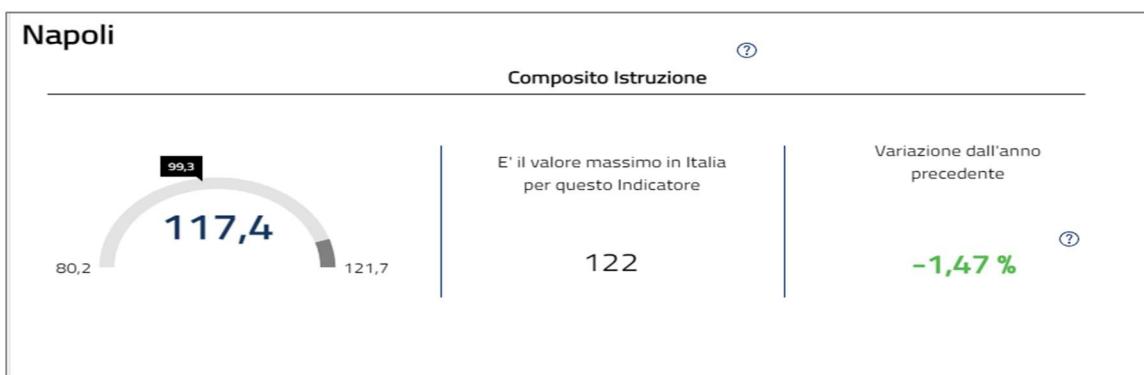


Figura 40 – Indicatore di Istruzione

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)



Figura 41 – Monitoraggio degli indicatori del dominio Istruzione

❖ Indicatore di economia

L'alto livello e il grado di uguaglianza nella distribuzione del reddito, l'occupazione, la capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, l'intensità della competizione nei mercati, la libertà economica, sono fattori che si associano a bassi livelli di corruzione. Inoltre, a livelli elevati di utilizzi di Internet è associato un livello di corruzione più basso in quanto la rete favorisce la diffusione di informazioni che rappresentano uno strumento di controllo dell'esercizio dei poteri pubblici.

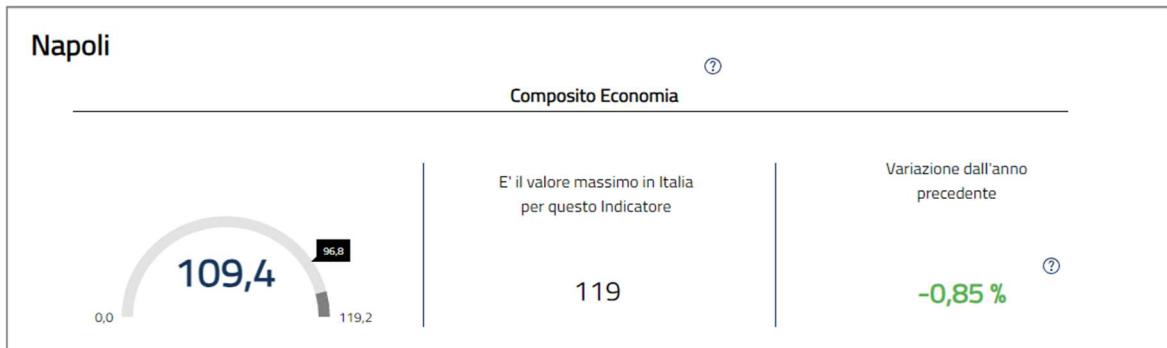


Figura 42 – Indicatore di economia

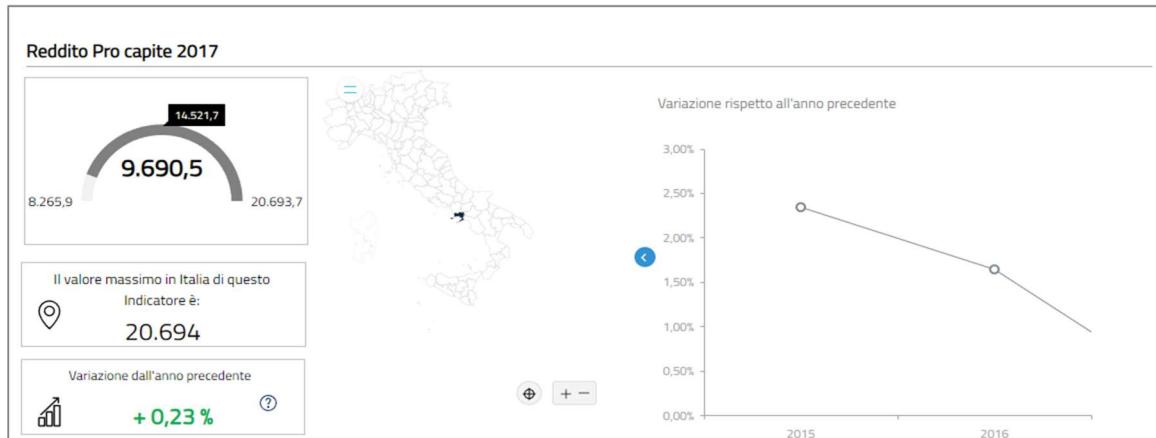


Figura 43 – Reddito Pro capite

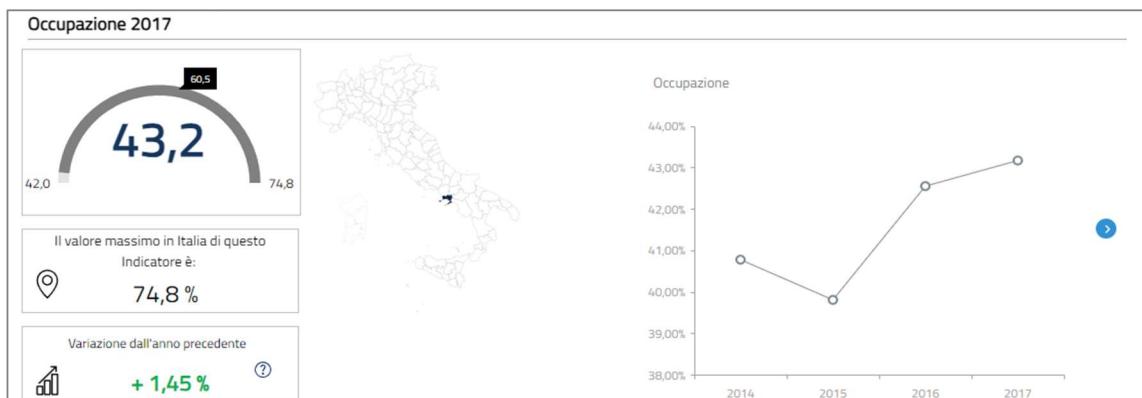


Figura 44 – Occupazione

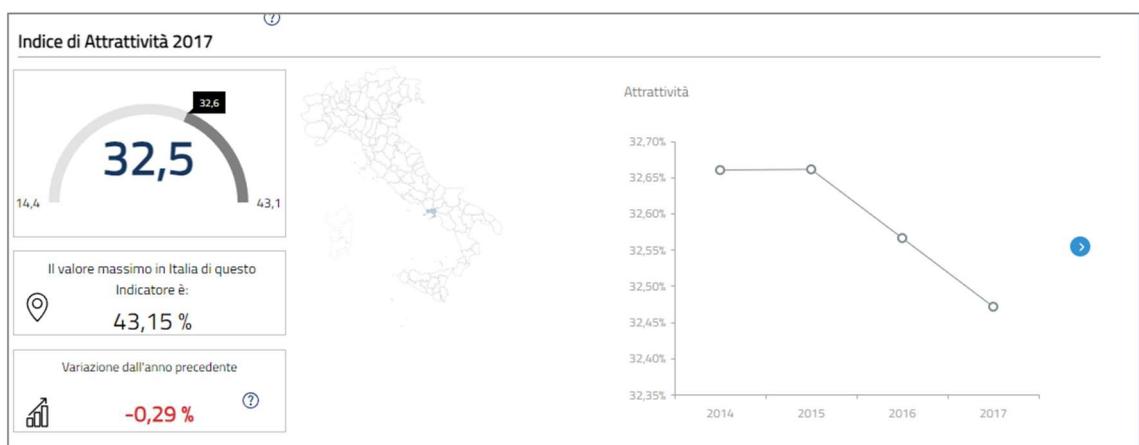


Figura 45 – Indice di Attrattività

Al 30 gennaio 2024 l'Italia si collocava al 42° posto su una classifica di 180 paesi nell'indice della percezione della corruzione 2023, secondo il Rapporto elaborato da Transparency International (fonte: <https://www.anticorruzione.it/-/report.transparency2023>). La classifica per l'anno 2024 (fonte sole 24 ore) relativa all'indice complessivo di criminalità riporta Napoli al 12° posto tra le province italiane, con 135.805 denunce ogni 100.000 abitanti.

4.5 Contesto interno dell'Asl Napoli 3 Sud

La struttura organizzativa dell'ASL Napoli 3 Sud è composta da Distretti, Dipartimenti, Strutture ed Uffici. Sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica e gestite dalla stessa articolazione organizzativa, le strutture si caratterizzano nell'ambito dell'organigramma per essere complesse, semplici a valenza dipartimentale o semplici. La vigente articolazione è espressione dell'Atto Aziendale. Nell'anno 2023 è stato adottato il nuovo atto aziendale con DDG n. 854 del 20/7/2023. L'atto aziendale individua le modalità organizzative finalizzate alla realizzazione degli obiettivi previsti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità.

4.6 La gestione del rischio

L'illustrazione delle principali dinamiche che caratterizzano il contesto esterno ed interno di una amministrazione è elemento essenziale del Piano e costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. La finalità è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e dall'analisi del rischio e termina con il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione.

In modo sintetico le fasi sono:

- ❖ la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- ❖ la valutazione del rischio per ogni processo;
- ❖ la definizione delle misure per la prevenzione per ogni processo;
- ❖ l'attività di monitoraggio.

Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi della risposta data ai cittadini

4.7 *La mappatura dei processi*

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Considerato che il Piano triennale della Prevenzione e della Corruzione ha natura "Programmatoria" (con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi, cioè le misure, volti a prevenire il rischio), tutte le previsioni ivi contenute possono essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto l'adozione del Piano non si configura come una attività ultimata e definita, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati.

In tale ottica, sono stati individuati con i precedenti PTPCT i "servizi critici" ovvero uffici con un rischio più elevato di eventi corruttivi e sono state mappate le seguenti aree:

- ❖ acquisizione e progressione del personale (incarichi e nomine);
- ❖ rilevazione delle presenze;
- ❖ affidamento di lavori, servizi e forniture (contratti pubblici);
- ❖ rapporti contrattuali con privati accreditati;
- ❖ attività di vigilanza, controllo e ispezione di strutture socio-sanitarie private accreditate;
- ❖ liste di Attesa;
- ❖ provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato;
- ❖ gestione Patrimonio;
- ❖ attività di vigilanza, controllo e ispezione;
- ❖ attività legale e procedimenti sanzionatori;
- ❖ libera professione (ALPI);
- ❖ farmaceutica;
- ❖ gestione delle entrate e delle spese;
- ❖ attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero;
- ❖ misure relative alla erogazione delle prestazioni e servizi sanitari;
- ❖ area laboratori;
- ❖ area Radiologica.

Nel corso del 2025 sono stati ridefiniti e aggiornati i processi delle seguenti Strutture:

- ❖ UOC Controllo di Gestione;

- ❖ UOC Affari Generali;
- ❖ UOC Risorse Umane;
- ❖ UOC Sistemi Integrati Controlli Interni ed Esterni;
- ❖ UOC Affari legali;
- ❖ UOC Relazioni con il Pubblico e Comunicazione.

Nell'Allegato n. 5 al presente documento viene riportata la nuova mappatura dei processi di tali Strutture che, pertanto, a decorrere dal 2026, dovranno tenerne conto nella gestione dei processi e, correlativamente, nella predisposizione della relazione annuale al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate.

4.8 *La valutazione dei rischi corruttivi*

A seguito della mappatura del processo è possibile effettuare la valutazione del rischio corruttivo. La valutazione del rischio corruttivo si snoda nelle seguenti fasi:

- ❖ identificazione del rischio;
- ❖ analisi del rischio mediante fattori abilitanti;
- ❖ stima del livello di esposizione al rischio attraverso i criteri per la valutazione del rischio;
- ❖ trattamento del rischio mediante l'identificazione delle misure di prevenzione.

L'identificazione del rischio rappresenta il carattere cruciale della fase di gestione del rischio. Certamente vi è una correlazione fra l'identificazione del rischio ed il livello di collaborazione tra il RPCT ed i responsabili delle unità organizzative nel processo di gestione del rischio: la collaborazione favorisce l'identificazione degli eventi rischiosi, di contro, la non collaborazione rende più difficoltosa tale identificazione. Ciò è ben comprensibile, in quanto i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza più approfondita delle attività svolte dalla propria unità organizzativa, possono in concreto facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

L'analisi del rischio previamente identificato può consentire - attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione - di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. Il ricorso ai fattori abilitanti contribuisce in modo determinante all'individuazione delle misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. Sono stati esaminati quei fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Fattori abilitanti (fattori/cause che agevolano il verificarsi di comportamenti/fatti corruttivi)

	SI	NO	Note
Mancanza di controlli			
Mancanza di trasparenza			
Eccessiva regolamentazione/complessità			
Scarsa chiarezza della normativa di riferimento			
Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			
Scarsa responsabilizzazione interna			
Competenze del personale addetto ai processi inadeguate			
Assenza di personale con le competenze richieste per la gestione del processo			
Inadeguata diffusione della cultura della legalità			
Altro (specificare nella riga sottostante)			

Dati oggettivi di supporto alla stima del rischio

	SI	NO	NOTE
Dati sui precedenti giudiziari			
Dati su procedimenti disciplinari			
Reclami			
Segnalazioni pervenute			
Pubblicazione evento su giornali/riviste			

Analisi del rischio di corruzione (indicatori di stima)			
	ALTO	MEDIO	BASSO
Discrezionalità dei processi			
Interesse esterno			
Controlli			
Efficacia della trasparenza			
Grado di attuazione delle misure di trattamento			
Personale coinvolto nella gestione del rischio			
Livello di rischio complessivo			

Trattamento del rischio (individuazione e programmazione delle misure)			
	Esistente /Nuova	Tempistiche	Indicatori
Misura di controllo			N. controllo effettuati/n. pratiche-provvedimenti
Misura di trasparenza			Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
Misure di definizione e promozione dell'etica (Codice comportamento aziendale)			Rispetto codice comportamento aziendale
Misure di regolamentazione			Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
Misure di formazione			N. partecipanti ad un corso/n. interessati al corso
Misura di sensibilizzazione e partecipazione			N. iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
Misure di rotazione			N. incarichi/pratiche ruotati sul totale
Misure di disciplina del conflitto di interessi			Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse
Misure di regolazione dei rapporti <i>lobbies</i>			Presenza o meno di discipline atte a regolare il confronto con le <i>lobbies</i> e strumenti di controllo

Figura 46 - Fattori abilitanti della corruzione

Stima del livello di esposizione al rischio attraverso i criteri per la valutazione del rischio

Gli indicatori di rischio (key risk indicators) cui si ricorre al fine di acquisire informazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle attività sono diversi. Gli indicatori utilizzati per ciascun'area sono quelli relativi al "Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA" – ovvero la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale che determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato; l'indicatore "Livello di interesse esterno" (ossia "la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo che determina un incremento del rischio"); l'indicatore "Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata" – attività già oggetto di eventi corruttivi in passato

nell'amministrazione o in altre realtà simili tale da far aumentare il rischio corruttivo.

Trattamento del rischio mediante l'identificazione delle misure di prevenzione

Rispetto al trattamento del rischio si distinguono:

- ❖ misure generali, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- ❖ misure specifiche che incidono su temi individuati in seguito all'analisi e valutazione del rischio.

La programmazione delle misure di prevenzione avviene nel rispetto dei principi declinati da ANAC ed oltre a dover essere adeguatamente progettate, (onde evitare astrazioni irrealizzabili o estremamente gravose) devono essere efficaci, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo, adattate alle specificità ed alle peculiarità aziendali e verificabili.

Nel prossimo triennio si procederà all'aggiornamento della mappatura dei processi aziendali iniziata nel 2024 valutando i rischi e individuando le misure più adatte a contenerli. A tal fine i Referenti sono chiamati a:

- ❖ collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nella individuazione di misure di contrasto;
- ❖ concorrere, anche elaborando specifiche proposte da sottoporre al RPCT, alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- ❖ provvedere alla individuazione del personale, all'interno delle strutture di competenza, che supporti la realizzazione delle attività su indicate.

Si rappresentano nei prossimi paragrafi le misure generali del sistema aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi ed i relativi principali caratteri distintivi.

4.9 Il codice di comportamento e azioni di miglioramento

L'Azienda, conformemente alle disposizioni normative previste in materia, ha approvato il proprio codice di comportamento, adottato con Delibera n. 813 del 5/12/2013. Il Codice è articolato al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà e imparzialità.

La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare.

Sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento i Direttori delle Strutture centrali, i Direttori di Dipartimento, di Distretto e i Direttori Medici di Presidio, per l'ambito di competenza e in relazione ai connessi livelli di responsabilità, le strutture di controllo interne e l'Ufficio di Disciplina.

L'UOC Gestione Risorse Umane fa sottoscrivere il Codice di Comportamento ai neoassunti e ne archivia copia, così come previsto dall'articolo 54 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

Dal 14 luglio 2023, con Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81, pubblicato sulla G.U. n. 150 del 29/6/2023, sono entrate in vigore importanti modifiche e integrazioni al DPR n. 62/2023 "Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici". In tale quadro normativo, l'Azienda, conformemente alle disposizioni vigenti in materi e in attuazione all'articolo 54 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., ha provveduto ad aggiornare il proprio Codice Etico e di comportamento del personale operante presso l'ASL Napoli 3 sud.

Violazione del Codice di Comportamento

La violazione dei doveri contenuti nel Codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ognqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. Violazioni gravi o reiterate del codice comportano l'applicazione della sanzione di cui all'articolo 55-quater, comma 1 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. (licenziamento disciplinare). I Referenti del RPCT svolgono tutte le necessarie attività di sensibilizzazione per richiamare l'attenzione del personale sull'importanza delle disposizioni del Codice. In particolare, i Referenti sensibilizzano i propri dipendenti attraverso la diffusione periodica del Codice di Comportamento (l'attività di sensibilizzazione deve essere svolta sia nei confronti dei neoassunti sia nei confronti del personale in servizio da più tempo, attraverso - ad esempio - delle riunioni periodiche con relativo verbale sull'argomento o attraverso delle mail con cui i Direttori delle Strutture centrali, i Direttori di Dipartimento, di Distretto e i Direttori Medici di Presidio, trasmettendo il codice di comportamento, richiamano tutti i dipendenti all'osservanza delle disposizioni ivi contenute). Di tale attività ne verrà data evidenza nella relazione annuale sulle misure attuate previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione che ogni Referente trasmette al RPCT.

L'Ufficio Procedimenti disciplinari cura la raccolta delle segnalazioni di condotte illecite (con riferimento alla violazione dei Codici di comportamento nazionale e aziendale) e trasmette annualmente una relazione al RPCT. Tale relazione costituisce elemento di riflessione per l'eventuale successiva revisione dell'analisi dei rischi e delle correlate misure di prevenzione.

Nella formazione programmata per il prossimo anno, sono state predisposte apposite sessioni di formazione sugli obblighi dei dipendenti derivanti dal Codice di Comportamento e in particolare sulla gestione del conflitto di interesse (Cfr. successivo capitolo n. 7 sulla formazione).

La rotazione ordinaria e la rotazione straordinaria

Al fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, l'articolo 1 della legge n.190/2012 ha introdotto la cosiddetta rotazione ordinaria del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni.

Come sottolineato dall'ANAC, lo strumento della rotazione non deve essere attuato in maniera acritica e generalizzata a tutte le posizioni organizzative ma solo con riferimento agli ambiti nei quali più elevato è il rischio corruttivo. La misura della rotazione può risultare di complessa attuazione e può comportare, se non realizzata in una visione organica dell'azione amministrativa e delle priorità dell'amministrazione, disfunzioni e rallentamenti. Il presupposto di qualsiasi modalità di rotazione è costituito dallo svolgimento di formazione *ad hoc* cui deve seguire una adeguata attività preparatoria di affiancamento al personale subentrante.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative e adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni". A tal fine si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Al riguardo si segnala che la Direzione strategica ha adottato con Delibera n. 498 dell'1/1/2022 il Regolamento per la rotazione ordinaria degli incarichi del personale avente ad oggetto "Adozione del Disciplinare concernente

i criteri per la rotazione del personale titolare di incarichi di funzione e dei restanti dipendenti del comparto che operano nelle aree a rischio corruzione, nonché dei componenti delle Commissioni”.

Oltre alla rotazione ordinaria è previsto l’istituto della c.d. rotazione straordinaria di cui all’art. 16, co. 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001 (modificato con L. n. 135/2012), nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell’area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale, o disciplinare, siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo, al fine di tutelare l’immagine e l’imparzialità dell’amministrazione. Sull’applicazione dell’istituto è intervenuta l’ANAC, con deliberazione n. 215/2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lett. I-quater del d.lgs. n. 165/2001” che precisato e rivisto alcuni precedenti orientamenti in materia.

Nelle more dell’adozione di un regolamento, al fine di adottare tale misura cautelare in maniera efficace ed efficiente, è necessario che l’UOC Affari Legali provveda a trasmettere formalmente al RPCT ogni comunicazione pervenuta da parte dell’Autorità Giudiziaria in merito all’avvio di procedimenti penali/rinvio a giudizio di dipendenti, per condotte di natura corruttiva. Analogamente l’UPD deve provvedere a comunicare formalmente al RPCT l’avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. In seguito, il RPCT procede a coinvolgere il Responsabile dell’U.O. /Struttura cui afferisce il dipendente interessato affinché si valutino i presupposti per l’eventuale applicazione della misura cautelare in contesto, se del caso, anche tramite apposito incontro con il già menzionato Responsabile volto ad esaminare congiuntamente il caso specifico. Qualora il soggetto coinvolto sia:

- ❖ un Responsabile di U.O.S, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile dell’UOC o il Direttore del Distretto o del Dipartimento;
- ❖ un responsabile dell’UOSD, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile del Dipartimento o il Direttore del P.O.;
- ❖ un responsabile dell’UOC, a valutare le iniziative da assumere sarà il Direttore del Dipartimento, il Direttore del P.O., ovvero il Direttore Generale/Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

4.10 Conflitti di interesse: obblighi di astensione e di segnalazione

Normativa di riferimento: art. 97 Cost. - PNA 2019, Parte III, § 1.4, art. 1, co. 41, l. 190/2012 – art. 6 bis l. 241/1990 – artt. 6,7,14 e 16 DPR n. 62/2013

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell’Azienda sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti e in particolare nei casi previsti dall’art. 6 bis nella l. 241/90 e dagli artt. 5, 6, 7, 13 e 14 del DPR del 16 aprile 2013, n. 62 (c.d. Codice di comportamento nazionale) e del Codice di comportamento aziendale.

All’atto di assegnazione all’ufficio ogni dipendente, deve, ai sensi dell’articolo 6, comma 1, del D.P.R. n. 62/2013, dichiarare l’insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, informando per iscritto il dirigente dell’ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (c.d. “dichiarazione sostitutiva sul conflitto di interessi”). La comunicazione deve riguardare anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, inoltre, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all’ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

Laddove il dipendente si trovi in una situazione di conflitto di interessi, deve segnalarlo tempestivamente al dirigente o al superiore gerarchico o, in assenza di quest'ultimo, all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizzzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo; in caso affermativo, ne verrà data comunicazione al dipendente. Contestualmente, dovranno essere comunicate ed attuate le misure idonee a presidiare e arginare la situazione di conflitto.

I Referenti del RPCT acquisiscono e conservano le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi rese dai dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio (o della nomina a RUP) e curano l'aggiornamento, con cadenza periodica, delle suddette dichiarazioni, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

Tutte le dichiarazioni e comunicazioni sopra indicate, poiché la data di acquisizione da parte dell'amministrazione è elemento essenziale per la relativa funzionalità rispetto allo scopo, devono essere necessariamente datate e sottoscritte dal dichiarante e protocollate o comunque acquisite in data certa dall'ente a cui sono rivolte.

Per le composizioni delle commissioni di concorso/selezione/valutazione valgono i principi generali in materia di astensione e ricusazione del giudice, previsti dall'art. 51 e dall'art. 52 del Codice di procedura civile. Tali principi trovano applicazione anche nello svolgimento delle procedure concorsuali, in quanto strettamente connessi al trasparente e corretto esercizio delle funzioni pubbliche.

La disciplina della incompatibilità dei membri delle commissioni giudicatrici delle procedure di affidamento dei contratti di appalti o di concessioni è contenuta nell'art. 93 del Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36.

La dichiarazione di conflitto di interesse comprende:

- ❖ la comunicazione circa interessi finanziari e conflitto di interessi (per tutti i dipendenti) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico;
- ❖ dichiarazione di insussistenza di eventuali situazioni di conflitti di interessi per rapporti di parentela, affinità e convivenza all'interno della struttura di appartenenza;
- ❖ la comunicazione riguardante l'adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti) da compilare tempestivamente nel caso di associazione od organizzazione operante in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute o in settori potenzialmente interferenti con le funzioni assegnate.

La violazione di tali obblighi integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare, accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, ai sensi dell'art. 16 del DPR n. 62/2013. Sono fatte salve eventuali ulteriori responsabilità civili, penali, contabili o amministrative.

Nella formazione programmata per il prossimo anno, sono state predisposte apposite sessioni di formazione sulla gestione del conflitto di interesse (Cfr. successivo capitolo n. 7 sulla formazione).

Nell'anno 2025, verranno predisposti dal RPCT i moduli per le dichiarazioni riguardanti il conflitto di interesse. L'UOS Privacy predisporrà le apposite informative per il rilascio dei dati personali nelle predette dichiarazioni.

4.11 L'inconferibilità e l'incompatibilità

INCONFERIBILITÀ

Normativa di riferimento: Capi I, II, III e IV del D.lgs. 39/2013, art.15,17,18,20 del D.lgs. 39/2013; PNA 2023 - PNA 2016 par.7.3; Del. ANAC n. 833 del 3.08.2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e

incompatibilità"). Delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020 in materia di applicabilità delle disposizioni su incompatibilità e inconferibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

Inizialmente, con la Delibera n. 149/2014 l'Anac aveva limitato ai soli Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori amministrativi delle Aziende Sanitarie l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità. Successivamente, con la delibera ANAC n. 713 del 04.08.2020, è stato esteso il regime dell'inconferibilità e incompatibilità anche ai Dirigenti PTA in quanto anch'essi titolari di poteri di amministrazione e organizzazione.

In particolare, ai sensi del D.lgs. 39/2013, per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto. Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso delle verifiche a campione effettuate dall'UOC Gestione Risorse Umane, questi ne informa il RPCT che effettuerà la contestazione all'interessato, che, previo contraddirittorio, sarà rimosso dall'incarico. Il RPCT provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'amministrazione regionale, acquisendo annualmente apposita dichiarazione. Le dichiarazioni vengono acquisite annualmente (entro il 31 gennaio) e vengono pubblicate sul sito della trasparenza.

Si prende atto e si rinvia alle specifiche linee guida emanate da ANAC con Delibera n. 833 del Consiglio dell'Autorità (3 agosto 2016). Tale atto ha per oggetto le linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e regola l'attività di vigilanza ed i poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

INCOMPATIBILITÀ

Ai sensi del D.lgs. 39/2013 per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine di 15 giorni tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e svolgimento di incarichi/cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico". A differenza del caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013.

Normativa di riferimento: Capi V e VI del D.lgs. 39/2013, artt. 15, 19 e 20 del D.lgs. 39/2013.

La dichiarazione sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità.

Così come previsto dall'articolo 20 del citato d.lgs. 39/2013, gli interessati (Dirigenti e titolari di incarico di funzione) sono tenuti ad attestare l'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000:

- ❖ all'atto del conferimento dell'incarico;
- ❖ con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico.

L'acquisizione, l'aggiornamento, il monitoraggio e la pubblicazione su Amministrazione Trasparente delle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità, relative ai conferimenti di incarico ai Dirigenti e di incarico di funzione ai collaboratori amministrativi, avverranno per il tramite dell'UOC Gestione Risorse Umane.

In ogni caso, nel corso del rapporto al Dirigente e ai titolari di incarico di funzione, il RPCT può richiedere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità.

La UOC Gestione Risorse Umane è tenuta ad assicurare che:

- ❖ gli atti di conferimento degli incarichi debbano espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità di cui al d.lgs. 39/2013 costituisca condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico;
- ❖ negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le clausole di incompatibilità.

I direttori dei servizi centrali, dei Distretti, dei Dipartimenti e dei PP.OO. verificano a campione le dichiarazioni sull'insussistenza delle cause ostative di inconferibilità e/o incompatibilità (rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 445/2000) (ex art. 71 del DPR 445/2000).

Qualora dall'esito delle verifiche riscontri una causa di incompatibilità, ne informa il RPCT che è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, previo contraddittorio. L'interessato deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

La riscontrata sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione che - ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. n. 39/2013 - provvede a segnalare i possibili casi di violazione all'ANAC e alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il RPCT, nell'ambito dei controlli di secondo livello, in caso di inerzia, relazionerà all'OIV e al Direttore Generale. Verifiche a campione ulteriori potranno comunque essere effettuate dal RPCT, di sua iniziativa, nell'ambito dell'attività di controllo e monitoraggio.

4.12 Strategia di contrasto al fenomeno corruttivo: la formazione

La strategia di contrasto al fenomeno corruttivo, come si ricava dalla Legge n. 190/2012 si basa su tre pilastri, di cui uno, la formazione, costituisce il presupposto imprescindibile per il successo degli altri due. L'effettiva incisività delle misure di prevenzione di eventi di *maladministration*, ed il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, ispettivo e di controllo, postulano la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole. Pertanto, la formazione costituisce il più rilevante strumento di contrasto ad atti o comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei

cittadini nella legalità e imparzialità della PA e di chi vi opera. Alla formazione programmata si auspica possa aggiungersi anche quella svolta nell'ambito di incontri frontali promossa con le Unità Operative interessate in merito alla valutazione del rischio e l'individuazione delle misure atte a prevenirlo.

In fase di analisi del fabbisogno formativo e di redazione del piano annuale della formazione viene garantito da parte del Responsabile della Formazione (UOSD Formazione e Aggiornamento Professionale) l'inserimento nella programmazione del corso annuale obbligatorio di prevenzione della Corruzione.

Nel corso dell'anno 2025 si è tenuto un corso di formazione a distanza a-sincrono (FAD)-10 lezioni sull'etica pubblica, rivolto a tutto il personale aziendale.

Nel corso dell'anno 2026 si terranno:

- ❖ un percorso di formazione specialistica dedicato ai responsabili e al personale delle aree a rischio;
- ❖ un percorso di formazione generale sul conflitto di interessi in ambito sanitario per tutti i dipendenti dell'Azienda;
- ❖ un percorso di formazione in materia di antiriciclaggio a distanza sincrono dedicato ai Responsabili delle articolazioni aziendali individuate nel Regolamento a oggetto "contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e finanziamento del terrorismo" adottato con DDG n. 354/2024.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la P.A

L'art. 35 bis del D. Lgs. 165/01 pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione e anticipa la tutela al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

La suddetta disposizione stabilisce espressamente che *"Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale"*.

- ❖ *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- ❖ *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- ❖ *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Con le Linee Guida 1201/2018, l'Anac ha precisato che la richiamata disposizione contempla una nuova e diversa fattispecie di inconfondibilità che preclude lo svolgimento di specifiche attività ed incarichi particolarmente esposti al rischio corruzione e si applica non solo a coloro che esercitano funzioni dirigenziali, ma anche a quanti vengano affidati meri compiti di segreteria ovvero a coloro ai quali vengano assegnate funzioni direttive (collaboratori –

categoria D - con incarichi di funzione).

Da quanto espressamente previsto nel D. Lgs. 39/2023, si deduce che la preclusione di cui all'art. 35 *bis* del D. Lgs. 165/2001 opera in presenza di una sentenza di condanna, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna con sentenza di primo grado o di appello per le quali non siano decorsi i termini di impugnativa). La preclusione viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

In base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la violazione della disposizione in parola si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Con la delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020 sono state date alcune indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico dei componenti delle commissioni di concorso e delle commissioni di gara.

I Dirigenti delle aree appalti e il dirigente responsabile dell'area gestione risorse umane - nonché tutti i responsabili di tutte le articolazioni aziendali in presenza di situazioni di specie - sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- ❖ all'atto della formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di concorsi;
- ❖ all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 3 del D.lgs. 39/2013;
- ❖ all'atto dell'assegnazione di dipendenti agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante l'acquisizione della dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato. Sulle autocertificazioni acquisite, i Dirigenti delle strutture provvedono ad effettuare i controlli a campione. Se all'esito della verifica risultano precedenti penali per delitti contro la P.A., l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e lo conferisce ad altro soggetto e applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. 39/13. Se la situazione di inconferibilità si appalesa, i Dirigenti delle aree appalti e il dirigente responsabile dell'area gestione risorse umane effettuano la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Normativa di riferimento: Art. 35 bis D. Lgs.165/2001 aggiunto dall'art.1, comma 46, della Legge190/2012;
Artt.1 commi 3, 15, 17, 18, 20 L.190/2012 capo II D.lgs. 39/2013; Delibera ANAC n. 25 del 15 gennaio 2020
"indicazioni per la gestione dei conflitti di interesse a carico componenti commissioni concorso e commissioni di gara".

4.13 Il pantouflagge o revolving doors (porte girevoli)

La pratica del *pantouflagge*, delle cosiddette "porte girevoli", per cui i pubblici dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni, vengono poi assunti dagli stessi soggetti privati destinatari dei provvedimenti, è vietata.

Infatti, l'articolo 53, comma 16 *ter* del decreto legislativo n. 165/2001 stabilisce che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, i dipendenti pubblici non possono essere assunti o svolgere incarichi per gli stessi privati, oggetto dei loro precedenti provvedimenti. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di ciò sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche

amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti. Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. La norma in discorso si applica a tutti i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti al D. Lgs. 39/2013 e ai soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. In estrema sintesi, l'applicazione della disciplina sul divieto di *Pantouflag* presuppone, quindi, che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione. Ma che cosa si intende per "attività lavorativa o professionale"? Con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- ❖ rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato;
- ❖ incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal *Pantouflag* gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata.

Come per le altre misure, il RPCT può e deve avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'amministrazione per lo svolgimento dei propri compiti. Il RPCT svolge una funzione consultiva di supporto, quale ausilio all'interno dell'Azienda per chiarire, anche a seguito di richiesta da parte del dipendente pubblico che sta per cessare dal servizio, quali siano le eventuali ipotesi di violazione del divieto con riguardo all'attività esercitata presso l'Azienda di appartenenza. A tal fine, il RPCT può raccogliere elementi, valutazioni e informazioni utili attraverso l'interlocuzione con gli uffici o le strutture interne, anche di controllo o con compiti ispettivi. Resta ferma la facoltà di rivolgersi all'UOC Affari Legali e ad ANAC per un parere in merito a determinate fattispecie, qualora permangano dubbi sulla corretta applicazione della norma.

Acquisizione delle dichiarazioni di impiego al rispetto del divieto di *Pantouflag*

L'UOC Risorse Umane:

- ❖ inserisce all'interno dei contratti di assunzione del personale specifiche clausole anti- *Pantouflag*;
- ❖ richiede a tutti i dipendenti che cessano dal servizio (per quiescenza o per dimissioni), la dichiarazione di impegno a rispettare il divieto di *Pantouflag* e l'acquisiscono agli atti, nel relativo fascicolo personale.

Gli Uffici che si occupano di acquisti (UOC Acquisizione Beni e servizi, UOC Programmazione, progettazione ed esecuzione degli interventi di edilizia sanitaria, UOC Valorizzazione, Manutenzione del Patrimonio Immobiliare e UOC Ingegneria Clinica e UOC Sistemi Informatici):

- ❖ acquisiscono la dichiarazione dell'operatore economico - in base all'obbligo previsto all'interno dei bandi o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici - di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità.

Verifiche in caso di omessa dichiarazione di impegno da parte degli ex dipendenti

Gli Uffici indicati al precedente paragrafo 9.1 verificheranno a campione, in via prioritaria, se gli ex dipendenti o

gli operatori economici abbiano reso la dichiarazione d'impegno. In tale campione vanno comunque considerati in via prioritaria i soggetti che abbiano rivestito ruoli apicali. Nell'ambito delle proprie verifiche, possono essere raccolte informazioni utili anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali. Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa il rispetto del divieto di *Pantouflag*, verrà effettuata una comunicazione al RPCT che, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflag*, il RPCT trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

Verifiche nel caso in cui l'ex dipendente abbia reso la dichiarazione di impegno

Laddove l'ex dipendente comunichi all'amministrazione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro, l'amministrazione effettua verifiche circa tale comunicazione al fine di valutare se siano stati integrati gli estremi di una violazione della norma sul *Pantouflag*.

Tali verifiche potranno avvenire anche tramite la eventuale consultazione delle BD già citate e mediante interlocuzione con l'ex dipendente che abbia trasmesso la comunicazione.

Qualora dalle verifiche effettuate gli Uffici indicati al precedente paragrafo 9.1 rilevino la violazione della norma sul *Pantouflag* lo comunicano al RPCT che trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

Nel caso in cui dalla consultazione delle banche dati emergano dubbi circa l'osservanza del divieto di *Pantouflag*, l'UOC Gestione Risorse Umane effettuerà una comunicazione al RPCT che trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflag*, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

Verifiche in caso di segnalazione/notizia circostanziata di violazione del divieto

Nel caso in cui pervengano segnalazioni circa la violazione del divieto di *Pantouflag* da parte di un ex dipendente, al fine di scoraggiare segnalazioni fondate su meri sospetti o voci o contenenti informazioni del tutto generiche, il RPCT prende in esame solo quelle ben circostanziate. Qualora la segnalazione riguardi un ex dipendente che abbia reso la dichiarazione, ferma restando la possibilità di consultare le banche dati disponibili presso l'amministrazione, il RPCT trasmetterà all'Ufficio Controlli Integrati esterni ed interni una richiesta di verifica. Se l'esito del controllo confermerà la violazione del divieto di *Pantouflag*, il RPCT, previa interlocuzione con l'ex dipendente, trasmetterà ad ANAC una segnalazione qualificata.

4.14 Whistleblowing

Al fine di favorire l'emersione di illeciti dei quali il pubblico dipendente venga a conoscenza, la legge n. 190/2012 introduceva l'istituto del "Whistleblowing", termine con il quale si indica la condotta di chi denuncia attività illecite o fraudolente all'interno di una organizzazione pubblica o privata.

La materia *Whistleblowing* è stata recentemente oggetto di specifica disciplina con il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante "La protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

Si tiene conto, inoltre, degli aggiornamenti introdotti da ANAC con la Delibera n.478 del 26 novembre 2025 che ha integrato e aggiornato le Linee Guida del 2023 con ulteriori indicazioni operative sui canali interni di

segnalazione, sulla gestione delle segnalazioni, sugli obblighi organizzativi degli enti e sulle misure di tutela del segnalante, senza incidere sulla disciplina sostanziale prevista dal D.Lgs. 24/2023. Sono altresì recepite le indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali contenute nel Provvedimento n. 581 del 9 ottobre 2025, riguardanti le misure tecniche e organizzative per garantire la riservatezza del segnalante.

Definizioni e scopo

DEFINIZIONI:

- ❖ “Azienda” o “Amministrazione”: Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud;
- ❖ “Facilitatore”: persona fisica che assiste il segnalante nel processo di segnalazione, operante all’interno del medesimo contesto lavorativo e la cui assistenza deve essere mantenuta riservata;
- ❖ “Whistleblower”: Dipendente pubblico, lavoratore subordinato di soggetto del settore privato e assimilati che segnala, denuncia o divulgaa pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell’Unione europea, che ledono l’interesse pubblico o l’integrità della pubblica amministrazione o dell’ente privato, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo;
- ❖ “Whistleblowing”: istituto di tutela del dipendente pubblico, del lavoratore subordinato privato e assimilati che segnala, denuncia o divulgaa pubblicamente violazioni di disposizioni normative nazionali o dell’Unione europea, che ledono l’interesse pubblico o l’integrità della pubblica amministrazione, di cui è venuto a conoscenza nel contesto lavorativo.
- ❖ “Persona coinvolta”: La persona fisica o giuridica menzionata nella segnalazione interna o esterna ovvero nella divulgazione pubblica come persona alla quale la violazione è attribuita o come persona comunque implicata nella violazione segnalata o divulgata pubblicamente;
- ❖ “Segnalazione”: La comunicazione scritta od orale, delle informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, riguardanti violazioni commesse o che, sulla base di elementi concreti, potrebbero essere commesse nell’organizzazione con cui la persona segnalante o colui che sporge denuncia all’autorità giudiziaria o contabile intrattiene un rapporto giuridico come previsto dal d.lgs. 24/2023, nonché gli elementi riguardanti condotte volte ad occultare tali violazioni;
- ❖ “Divulgazione pubblica”: Rendere di pubblico dominio informazioni sulle violazioni tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone;
- ❖ “Contesto lavorativo”: Le attività lavorative o professionali, presenti o passate, in ragione delle quali, indipendentemente dalla loro natura, un soggetto acquisisce informazioni sulle violazioni e nel cui ambito potrebbe rischiare di subire ritorsioni in caso di segnalazione o di divulgazione pubblica o di denuncia all’autorità giudiziaria o contabile. Deve, comunque, trattarsi di attività svolte dai soggetti che hanno instaurato con l’ente del settore pubblico uno di quei rapporti di natura lavorativa o professionale espressamente indicati dal legislatore nel D.lgs. n. 24/2023;
- ❖ “Indici sintomatici”: irregolarità e anomalie che il segnalante ritiene possano dar luogo ad una violazione prevista nel decreto legislativo 10 marzo 2023, n.24;
- ❖ “Key code”: codice univoco generato automaticamente dalla piattaforma in uso all’Amministrazione per segretare la segnalazione.

SCOPO

Scopo delle Linee guida è quello di dettare una compiuta regolamentazione in materia di segnalazioni di condotte illecite pervenute all'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud prevedere le modalità operative e i soggetti destinatari e definire il possibile contenuto ed oggetto della segnalazione e i compiti conseguenti per le Strutture aziendali ed i Responsabili delle strutture interessate dalla segnalazione. La finalità è altresì quella di garantire la concreta ed effettiva attuazione delle tutele previste dalla legge per i dipendenti che consentono l'emersione di eventuali irregolarità o illeciti commessi in Azienda, permettendo di adottare tempestivamente le misure organizzative necessarie.

Ambito soggettivo e oggettivo di applicazione

AMBITO SOGGETTIVO

Le tutele previste dalla normativa vigente si applicano, anche in ottemperanza alle novità normative introdotte dal D.lgs. 10 marzo 2023, n. 24:

- ❖ ai dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda;
- ❖ ai lavoratori e collaboratori di imprese fornitrice di beni e servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda;
- ❖ lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso l'Azienda;
- ❖ collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso l'Azienda;
- ❖ soggetti che segnalano o divulgano informazioni acquisite nell'ambito di un rapporto di lavoro con l'ASL successivamente cessato;
- ❖ soggetti che, pur non avendo un rapporto di lavoro in essere, abbiano acquisito informazioni durante procedure di selezione o altre fasi delle trattative precontrattuali avviate dall'ASL.

La tutela è riconosciuta, oltre ai soggetti suddetti che effettuano segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche, anche a quei soggetti che potrebbero essere destinatari di ritorsioni, intraprese anche indirettamente, in ragione del ruolo assunto nell'ambito del processo di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, o del particolare rapporto che li lega al segnalante o denunciante (il facilitatore o meglio la persona fisica che assiste il segnalante, persone del medesimo contesto lavorativo del segnalante, colleghi di lavoro che lavorano nel medesimo contesto lavorativo).

La tutela di tutti i soggetti elencati si applica non soltanto se la segnalazione avviene in costanza del rapporto di lavoro o di altro tipo di rapporto giuridico, ma anche durante il periodo di prova e anteriormente o successivamente alla cessazione del rapporto se, rispettivamente, le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali ovvero nel corso del rapporto di lavoro.

AMBITO OGGETTIVO

La protezione dei dipendenti (whistleblower) che segnalano violazioni di disposizioni nazionali/europee/aziendali che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'Azienda, di cui di cui il soggetto sia venuto a conoscenza in occasione e/o a causa dello svolgimento delle sue mansioni, seppure in modo causale. In particolare, il legislatore specifica che le informazioni sulle violazioni devono riguardare comportamenti, atti od omissioni di cui il segnalante o il denunciante sia venuto a conoscenza nell'ambito del contesto lavorativo. Il presupposto per effettuare una segnalazione è l'esistenza di una relazione qualificata tra il segnalante e l'Azienda, che riguarda attività lavorative professionali presenti o anche passate.

ASL Napoli 3 Sud



Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione Triennio 2026 - 2028 (art. 6 del DL 80/2021)

Possono essere segnalate, inoltre, anche le violazioni non ancora commesse che il whistleblower, ragionevolmente, ritiene potrebbero essere effettuate sulla base di elementi concreti (indici sintomatici).

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune condotte che potrebbero essere oggetto di segnalazione:

- ❖ irregolarità e utilizzo distorto del potere discrezionale nell'ambito di procedure di affidamento di contratti pubblici;
- ❖ accessi indebiti agli applicativi informatici;
- ❖ utilizzo improprio di istituti di tutela del dipendente (malattia, permessi sindacali, congedi ecc.);
- ❖ irregolarità nell'attestazione delle presenze in ufficio;
- ❖ irregolarità nello svolgimento di procedimenti amministrativi che comportano uno scorretto utilizzo dell'esercizio del potere discrezionale a fini meramente privati, in contrasto con il fine pubblico;
- ❖ rapporti e frequentazioni inopportune tra dipendenti e soggetti esterni (contribuenti, utenti, consulenti, collaboratori, fornitori, operatori economici, ecc.) per il raggiungimento di fini privati mediante l'abuso della posizione pubblica attribuita;
- ❖ autorizzazione e liquidazione indebita di spese relative al personale;
- ❖ favoritismi;
- ❖ false dichiarazioni;
- ❖ procedure concorsuali non trasparenti.

Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già di dominio pubblico nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni non attendibili (cd. voci di corridoio).

Le segnalazioni dalle quali non è invece possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate a segnalazioni ordinarie e conseguentemente, per quanto compatibile, sono trattate applicando la presente procedura.

Non può essere pertanto, ignorata una segnalazione qualificata e ben circostanziata, fermo restando che durante le fasi di accertamento non si avrà l'onere di tutelare un soggetto che ha scelto di non rivelare la propria identità. Nei casi di segnalazione e denuncia anonima, la persona, successivamente identificata, che abbia subito ritorsioni, può beneficiare delle misure di protezione per le ritorsioni (art. 16 del D.lgs. 24/23).

Elementi e caratteristiche delle segnalazioni

La segnalazione deve contenere tutti gli elementi utili ad accertare la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione, onde consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute verifiche.

In particolare, la segnalazione deve contenere:

- ❖ le generalità del soggetto che effettua la segnalazione, la denuncia o la divulgazione pubblica con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'Ente;
- ❖ una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione, indicando luogo e tempo in cui i fatti si sono svolti;

- ❖ l'autore del fatto (indicando i dati anagrafici, se conosciuti e, in caso contrario, ogni altro elemento utile all'identificazione);
- ❖ eventuali altri soggetti a conoscenza del fatto e/o in grado di riferire sul medesimo;
- ❖ eventuali documenti e/o ogni altra informazione che possano confermare la fondatezza dei fatti esposti.
- ❖ in calce alla segnalazione deve essere apposta la data e la firma del segnalante.

Si ricorda che non possono essere prese in considerazione le segnalazioni prive degli elementi ritenuti essenziali, quali la descrizione dei fatti, quelle accompagnate da una descrizione tale da non consentire la comprensione dei fatti segnalati o corredate da documentazione non appropriata o inconferente.

Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, l'invio della presente segnalazione non lo esonerà dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria (o ad altre autorità che abbia obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria) i fatti penalmente rilevanti di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

Resta fermo che, laddove il soggetto denunci un reato all'Autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 361 o 362 c.p. (obbligo di denuncia per i reati punibili d'ufficio) e poi venga discriminato per via della segnalazione, potrà beneficiare delle tutele dalle misure ritorsive previste dal D.lgs. n. 24/2023.

Canali e modalità di presentazione delle segnalazioni

Il legislatore con l'intento, da un lato, di favorire una cultura della buona comunicazione e della responsabilità sociale d'impresa all'interno delle organizzazioni e, dall'altro, di fare in modo che i segnalanti, facendo emergere atti, omissioni e condotte illecite, contribuiscano significativamente al miglioramento della propria organizzazione, ha previsto l'istituzione presso ciascuna amministrazione di un canale interno di segnalazione degli illeciti che possono essere identificati come *"whistleblowing"*.

L'Azienda, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente ha attivato un canale interno telematico per la trasmissione e la gestione delle segnalazioni, raggiungibile al seguente link: www.aslnapoli3sud.it.

Qualora la segnalazione interna sia presentata ad un soggetto diverso dal RPCT, laddove il segnalante dichiari espressamente di voler beneficiare delle tutele in materia *whistleblowing* o tale volontà sia desumibile dalla segnalazione, quest'ultima va trasmessa, entro sette giorni dal suo ricevimento, al soggetto interno competente (RPCT), dando contestuale notizia della trasmissione alla persona segnalante. Il soggetto che ha erroneamente ricevuto la segnalazione deve mantenere la riservatezza sulla segnalazione ricevuta, sul contenuto, sulla relativa documentazione e in particolare sull'identità del segnalante, della/e persone coinvolta/e o comunque menzionata/e nella segnalazione e di qualsiasi altra informazione conosciuta con la medesima, conservando la segnalazione in busta chiusa dentro un apposito raccoglitore, archiviato in un armadio chiuso a chiave, sino al momento della trasmissione a mani proprie al RPCT. Diversamente, se il segnalante non dichiari espressamente di voler beneficiare delle tutele, o detta volontà non sia desumibile dalla segnalazione, detta segnalazione è considerata quale segnalazione ordinaria.

L'Amministrazione consente che la segnalazione avvenga con canali alternativi, ed in particolare, in forma scritta con l'invio di una pec o in forma orale attraverso appuntamento con il RPCT, precedentemente programmato su richiesta della persona segnalante.

La segnalazione può essere presentata con le seguenti modalità:

- ❖ mediante invio all'indirizzo di posta prevenzione.corruzione@aslnapoli3sud.it In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT);

- ❖ a mezzo servizio postale indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In tal caso, per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse:
 - la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento (Modulo A);
 - la seconda con i dati relativi alla segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione (Modulo B).
- ❖ in forma orale, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto con il RPCT fissato entro un termine di sette giorni dalla richiesta. In tal caso la segnalazione, previo consenso della persona segnalante, è documentata a cura del RPCT mediante verbale.

Entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "Riservata - Whistleblowing" ed indirizzata al RPCT. Tali comunicazioni verranno acquisite al protocollo generale dell'Azienda, con l'opzione "riservata", tramite scansione e registrazione solo dell'involucro esterno, che verrà poi trasmesso senza ritardo al RPCT.

4.15 La gestione della segnalazione

Fase dell'istruttoria

Entro 7 giorni dall'assegnazione del protocollo riservato dell'ASL, il RPCT invia al segnalante un avviso di ricevimento e prende in carico la segnalazione per una prima sommaria istruttoria da effettuare entro 15 giorni dalla data di trasmissione dell'avviso.

Il RPCT analizza la segnalazione al fine di determinarne l'ammissibilità e la ricevibilità e, se quanto denunciato non è stato adeguatamente circostanziato, richiede chiarimenti al segnalante.

Una delle prime verifiche che occorre effettuare è se il segnalante riveste, o meno, la qualifica di dipendente dell'A.S.L. o dipendente privato che presta la propria attività in favore dell'ASL, come meglio specificato nel paragrafo precedente dedicato all'ambito soggettivo di applicazione della disciplina.

- ❖ Nel caso in cui si rilevi un'evidente e manifesta infondatezza, inammissibilità o irricevibilità si procede ad archiviare la segnalazione. Nello specifico, costituiscono possibili causali di archiviazione:
 - manifesta mancanza di interesse all'integrità della pubblica amministrazione;
 - manifesta incompetenza del RPCT sulle questioni segnalate;
 - contenuto generico della segnalazione/comunicazione o tale da non consentire nessun approfondimento;
 - segnalazioni aventi ad oggetto i medesimi fatti trattati in procedimenti già definiti.

Se procede all'archiviazione, il RPCT valuta se la segnalazione (e la relativa documentazione) debba essere trasmessa ad altri uffici interni per i profili di competenza.

- ❖ Nell'ipotesi in cui non ricorra alcuno dei casi di archiviazione sopra riportati, il RPCT provvede a verificare la segnalazione ricevuta, anche acquisendo ogni elemento utile alla valutazione della fattispecie, avendo cura di adottare misure idonee ad assicurare la riservatezza dell'identità del segnalante laddove gli approfondimenti richiedano il necessario coinvolgimento di soggetti terzi. Ciò anche attraverso:
 - richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti ad altri uffici dell'ASL;
 - richiesta di chiarimenti, documentazione e informazioni ulteriori al segnalante e/o a eventuali altri

- soggetti terzi coinvolti nella segnalazione;
- audizione del Whistleblower.

Successivamente procede all'analisi della documentazione e degli elementi ricevuti e delibera sul fumus di quanto rappresentato nella segnalazione (ciò in quanto il RPCT non accerta i fatti, ma svolge un'attività di verifica e di analisi). Nel corso dell'istruttoria non deve essere trasmessa la segnalazione.

- ❖ Più nello specifico il RPCT dovrà verificare:

- se quelle segnalate sono «condotte illecite»;
- se le suddette condotte riguardano, o meno, situazioni di cui il soggetto è venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» ovvero:
- situazioni di cui si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito;
- notizie acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale, anche nelle fasi preliminari all'instaurazione del rapporto di lavoro o prima del suo termine.
- se la segnalazione è stata inoltrata “nell’interesse dell’integrità della pubblica amministrazione”, per cui saranno archiviate le doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o rapporti con superiori gerarchici e colleghi in quanto non rientranti nell’ambito di applicazione della norma.

Non saranno prese in considerazione le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: risulta necessario, infatti, sia tenere conto dell’interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia evitare che l’amministrazione o l’ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e, comunque, dispendiose. Qualora nel corso dell’istruttoria emergano esigenze di verifica e di controllo, il Responsabile si avvale del supporto dell’UOC Controlli Integrati Interni ed esterni che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere una relazione con gli esiti delle verifiche effettuate. Se la relazione dell’UOC Controlli integrati interni ed esterni conferma la fondatezza della segnalazione, il RPCT provvederà in conformità con quanto previsto al successivo paragrafo. Il Responsabile ha altresì facoltà di avvalersi del supporto dell’UOC Affari Legali ai fini di un corretto inquadramento normativo della fattispecie che, entro e non oltre 20 giorni, dovrà trasmettere il proprio parere.

In caso di decorrenza del termine senza che siano stati comunicati il parere e/o la relazione o senza che gli organi aditi abbiano rappresentato esigenze istruttorie, il RPCT procede indipendentemente dall’espressione del parere e/o della relazione. Salvo il caso di omessa richiesta del parere, il RPCT non può essere chiamato a rispondere degli eventuali danni derivanti dalla mancata espressione dei pareri/delle relazioni.

Nel caso in cui l’organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, i termini di 20 giorni possono essere interrotti per una sola volta e il parere deve essere reso definitivamente entro quindici giorni dalla ricezione degli elementi istruttori.

Fase decisoria

Qualora venga rilevata una delle cause di archiviazione sopra elencate, entro e non oltre 30 giorni dall’invio dell’avviso di ricevimento il RPCT provvede a:

- ❖ archiviare la segnalazione con adeguata motivazione. La stessa verrà, quindi, inserita e conservata all’interno dell’applicativo informatico;

- ❖ comunicare al segnalante l'archiviazione e la relativa motivazione mediante il sistema informatico.

In caso, invece, di accertamento della fondatezza della segnalazione, il RPCT provvede a redigere una relazione contenente le risultanze dell'istruttoria condotta ed i profili di illecità riscontrati nonché a:

- ❖ inviare la sopramenzionata relazione e l'eventuale documentazione evidenziando che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce la tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 e omettendo l'indicazione dell'identità del segnalante, al Direttore Generale nonché ad uno dei seguenti soggetti per i seguiti di competenza:
 - ❖ Corte dei Conti (se si tratta di ipotesi di danno erariale);
 - ❖ Procura della Repubblica (se si ravvisa un'ipotesi di reato);
 - ❖ Ufficio Procedimenti Disciplinari (se si tratta di un'ipotesi di illecito disciplinare);
 - ❖ comunicare al segnalante l'inoltro della segnalazione ad altro ente/organo e la relativa motivazione e ad avvisarlo della eventualità che la sua identità potrà essere fornita all'Autorità giudiziaria ove questa lo richieda in conformità a quanto previsto dalla l. n. 179/2017.

Per garantire la gestione e la tracciabilità delle attività svolte, il RPCT assicura la conservazione all'interno del sistema delle segnalazioni e di tutta la correlata documentazione di supporto per un periodo di cinque anni dalla ricezione.

Canale di segnalazione esterno presso ANAC

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, prevede che i dipendenti del settore pubblico possono effettuare segnalazione tramite un canale esterno gestito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Le condizioni per ricorrere al canale esterno presso ANAC sono le seguenti:

- ❖ canale interno non attivato o attivato, ma non conforme a quanto previsto dal legislatore in merito ai soggetti e alle modalità di presentazione delle segnalazioni;
- ❖ è già stata effettuata una segnalazione interna, ma non ha avuto seguito;
- ❖ il segnalante ha fondati motivi per ritenere che se effettuasse una segnalazione interna alla stessa non sarebbe dato efficace seguito o questa potrebbe determinare rischio di ritorsione;
- ❖ il segnalante ha fondato motivo di ritenere che la violazione possa costituire un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse.

La segnalazione può essere attuata seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della stessa Autorità al link: <https://whistleblowing.anticorruzione.it>

La divulgazione pubblica (art. 15 D.Lgs.24/2023)

Il D.lgs. 10 marzo 2023, n.24, ha introdotto un'ulteriore modalità di segnalazione consistente nella divulgazione pubblica. Si tratta del caso in cui le informazioni sulle violazioni sono rese di pubblico dominio tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un elevato numero di persone.

Le condizioni operative per il ricorso alla divulgazione pubblica sono state ulteriormente precisate dalle indicazioni ANAC del 2025, in coordinamento con la Delibera n. 478/2025, che ha ribadito il carattere residuale ed eccezionale

di tale modalità, attivabile esclusivamente nei casi previsti dal D.Lgs. 24/2023 e in presenza di specifiche situazioni di rischio o pericolo qualificato.

Le condizioni per poter effettuare una divulgazione pubblica sono:

- ❖ l'assenza di riscontro ad un segnalazione interna alla quale abbia fatto seguito una segnalazione ANAC la quale, a sua volta, non ha avuto riscontro entro termini ragionevoli;
- ❖ l'assenza di riscontro ad una segnalazione ad ANAC entro termini ragionevoli;
- ❖ fondati motivi di ritenere sulla base delle circostanze concrete che la violazione possa rappresentare un pericolo imminente o palese per il pubblico interesse;
- ❖ fondati motivi di ritenere che la segnalazione possa comportare il rischio di ritorsioni oppure non avere efficace seguito in ragione delle specifiche circostanze del caso concreto, come quelle in cui possano essere occultate o distrutte le prove oppure in cui vi sia fondato timore che chi ha ricevuto la segnalazione possa essere colluso con l'autore della violazione o coinvolto nella violazione stessa.

Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Le segnalazioni di illecito possono essere inoltrate anche alle Autorità Giudiziarie.

Come già ribadito, qualora il *whistleblower* rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, anche laddove lo stesso abbia effettuato una segnalazione attraverso i canali interni o esterni, ciò non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale (art.331 c.p.p. e artt. 361 e 362 c.p.).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione rilascia alla persona segnalante avviso di ricevimento della segnalazione entro sette giorni dalla data di ricezione e valuta preliminarmente i requisiti essenziali di ammissibilità verificando, in sede istruttoria, la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione attraverso ogni attività che si ritiene opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, chiedendo documenti e informazioni ulteriori nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza. Laddove è necessario può anche acquisire atti e documenti da altri uffici dell'amministrazione e avvalersi del loro supporto.

La segnalazione è considerata inammissibile per:

- ❖ manifesta infondatezza per l'assenza di elementi di fatto idonei a giustificare accertamenti;
- ❖ contenuto generico tale da non consentire la comprensione dei fatti, ovvero la segnalazione è corredata da documentazione non appropriata o inconferente;
- ❖ produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di violazione;
- ❖ mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali della segnalazione di cui al modello di segnalazione allegato alla presente procedura.

Il termine per l'esame preliminare della segnalazione, da cui consegue l'avvio dell'istruttoria, è di quindici giorni lavorativi che decorrono dalla data di ricezione della segnalazione. Successivamente il RPTC avvia l'istruttoria interna sui fatti o sulle condotte segnalate per valutare la sussistenza degli stessi, fornendo un riscontro alla persona segnalante dopo la chiusura dell'istruttoria.

Il riscontro deve essere effettuato entro il termine di tre mesi dalla ricezione della segnalazione e può consistere:

- ❖ nella comunicazione dell'archiviazione adeguatamente motivata;
- ❖ nell'avvio di un'inchiesta interna ed eventualmente nelle relative risultanze;
- ❖ nel rinvio a un'autorità competente per ulteriori indagini.

Nella attività di gestione e verifica della fondatezza della segnalazione, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione può avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e all'occorrenza formalmente individuate, e - se necessario - degli organi di controllo esterni all'Azienda. Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali qualunque natura esse abbiano, né svolgere controlli di legittimità e di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione; la sua funzione è limitata alla verifica del fumus della segnalazione e alla tutela del segnalante.

Le strutture aziendali, coinvolte nella fase istruttoria sono tenute agli stessi vincoli di riservatezza ed alle stesse responsabilità cui è sottoposto il RPCT.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà, in relazione alla natura della segnalazione, a trasmettere l'esito dell'accertamento per approfondimenti istruttori o per l'adozione dei provvedimenti di competenza:

- ❖ all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile dell'unità organizzativa di appartenenza dell'autore della violazione, affinché sia espletato, ove ne ricorrono i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
- ❖ alla Direzione Generale dell'Azienda, per le ulteriori eventuali azioni che si rendano necessarie a tutela dell'Azienda;
- ❖ se del caso, all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei conti e all'ANAC.

Tuttavia, occorre precisare che il medesimo riscontro, da rendersi nel termine di tre mesi, può anche essere meramente interlocutorio, poiché possono essere comunicate le informazioni relative a tutte le attività sopra descritte che si intende intraprendere e lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

È importante consentire al segnalante di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria, fornendo informazioni sullo stato di avanzamento. La persona segnalata può essere sentita, anche dietro sua richiesta, mediante procedimento cartolare attraverso l'acquisizione di osservazioni scritte e documenti. Tale soggetto non ha il diritto di essere sempre informato della segnalazione che lo riguarda, ma solo nell'ambito del procedimento eventualmente avviato nei suoi confronti a seguito della conclusione della gestione della segnalazione e nel caso in cui tale procedimento sia fondato in tutto o in parte sulla segnalazione (art. 12, co. 9, del D.lgs. 24/2023).

4.16 Tutela della riservatezza e diritto di accesso

L'identità della persona segnalante, facilitatore, della persona coinvolta e della persona menzionata dalla segnalazione, non possono essere rivelate senza il consenso espresso delle stesse, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o a dare seguito alle segnalazioni. Non posso essere rivelate, inoltre, le informazioni da cui può evincersi direttamente o indirettamente tali identità.

La riservatezza viene garantita anche nel caso di segnalazioni - interne o esterne - effettuate in forma orale.

Il divieto di rivelare l'identità del segnalante, o altro soggetto tutelato, è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante ma anche a qualsiasi altra informazione o elemento della segnalazione, ivi inclusa la documentazione

ad essa allegata, dal cui disvelamento si possa dedurre direttamente o indirettamente l'identità. In due casi espressamente previsti dal decreto, per rivelare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati, oltre al consenso espresso degli stessi, si richiede anche una comunicazione scritta delle ragioni di tale rivelazione:

- ❖ nel procedimento disciplinare laddove il disvelamento dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa del soggetto a cui viene contestato l'addebito disciplinare;
- ❖ nei procedimenti instaurati in seguito a segnalazioni interne o esterne laddove tale rivelazione sia indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta.

Qualora la contestazione dell'illecito disciplinare sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'inculpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso espresso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

L'UPD valuta, su istanza dell'inculpato, se ricorrono i presupposti in ordine alla necessità di conoscere l'identità del segnalante ai fini del diritto di difesa, dando adeguata motivazione della sua decisione sia in caso di accoglimento dell'istanza, sia in caso di diniego. Il Responsabile UPD si pronuncia sull'istanza dell'inculpato entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa. Il Responsabile UPD in caso di accoglimento dell'istanza, informa il RPCT della decisione e della motivazione posta a suo fondamento, affinché provveda a darne comunicazione al segnalante, chiedendo allo stesso il consenso al disvelamento della sua identità.

In ogni caso è fatto divieto assoluto al RPCT ed agli soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione, di rendere nota, in assenza dei presupposti di legge, l'identità del segnalante al Responsabile UPD. La tutela della riservatezza va garantita anche in ambito giurisdizionale e disciplinare, in particolare l'identità del segnalante e degli altri soggetti tutelati sono coperte:

- ❖ nell'ambito del procedimento penale dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale;
- ❖ nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti fino alla chiusura della fase istruttoria;
- ❖ nell'ambito del procedimento disciplinare se la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Si precisa inoltre che, con specifico riferimento alla divulgazione pubblica, la protezione della riservatezza non si applica nel caso in cui la persona segnalante abbia intenzionalmente rivelato la sua identità mediante, ad esempio, piattaforme web o social media.

Tutto il personale coinvolto nella gestione delle segnalazioni risulta regolarmente autorizzato al trattamento dei dati ed ha ricevuto un'adeguata e specifica formazione professionale volta ad accrescerne le competenze specialistiche in materia di normativa sulla protezione dei dati personali, sicurezza dei dati e delle informazioni nonché un'adeguata formazione professionale sulla disciplina del *whistleblowing*. Ai soggetti interessati (ad es. segnalanti, segnalati, persone interessate dalla segnalazione, facilitatori, ecc.), viene fornita apposita informativa sul trattamento dei dati personali mediante la pubblicazione sul sito web aziendale o all'interno del PIAO. I dati degli interessati sono conservati, in forma riservata e protetta, per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data della comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione, avendo cura di evitare il tracciamento di qualunque informazione che possa ricondurre all'identità o all'attività del segnalante. Il trattamento dei dati viene svolto in forma manuale e/o automatizzata nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR e in accordo col principio della *privacy by design* e della *privacy*

by default. La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non possono esercitare - per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione - i diritti che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati (il diritto di accesso ai dati personali, il diritto a rettificarli, il diritto di ottenerne la cancellazione o cosiddetto diritto all'oblio, il diritto alla limitazione del trattamento, il diritto alla portabilità dei dati personali e quello di opposizione al trattamento). Dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi i suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali (ai sensi dell'art. 77 dal Regolamento (UE) n. 2016/679). Resta ferma la possibilità per il soggetto segnalato, presunto autore dell'illecito, di esercitare i propri diritti con le modalità previste dall'art. 160 del D.lgs. n. 196/2003. La riservatezza dell'identità del segnalante tutelata ai sensi dell'art. 2 *undicies*, lett. f) del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare e dà luogo all'applicabilità di una sanzione amministrativa da parte di ANAC. Nei casi in cui si renda necessario per il RPCT coinvolgere terzi soggetti (interni o esterni all'amministrazione) per le verifiche sui fatti segnalati, è comunque necessario tutelare la riservatezza del segnalante e degli altri soggetti tutelati, anche attraverso l'anonimizzazione dei dati.

Nel caso in cui si renda necessario trasmettere la segnalazione alle Autorità giudiziarie competenti, il RPCT avrà cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce la tutela della riservatezza ai sensi del D.lgs. n. 24/2023, tutelando pertanto la riservatezza dell'identità. Laddove detta identità venga successivamente richiesta dall'Autorità giudiziaria o contabile, il RPCT fornisce tale indicazione, previa notifica al segnalante. L'ANAC ritiene infatti che il segnalante debba essere preventivamente informato della eventualità che la sua segnalazione, nel rispetto della tutela della riservatezza della sua identità, potrà essere trasmessa alle Autorità giudiziarie, per i profili di rispettiva competenza.

I suddetti obblighi di riservatezza gravano altresì sugli altri soggetti eventualmente coinvolti nella gestione della segnalazione. Sono tutelate anche l'identità della persona fisica segnalata, ovvero della persona alla quale la violazione è attribuita nella divulgazione pubblica (c.d. persona coinvolta). Pertanto, il titolare del trattamento adotta particolari cautele al fine di evitare la indebita circolazione di informazioni personali, non solo verso l'esterno, ma anche all'interno degli uffici dell'amministrazione in capo, eventualmente, a soggetti non autorizzati al trattamento di tali dati.

Il divieto di ritorsione nei confronti del *whistleblower* (art. 17 del D.lgs. 24/2023).

Nei confronti del soggetto che effettua una segnalazione ai sensi della presente procedura e nei confronti degli altri soggetti coinvolti, non è consentita alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria intesa come "qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione, della denuncia all'autorità giudiziaria o della divulgazione pubblica e che provoca o può provocare alla persona segnalante o alla persona che ha sporto la denuncia, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto".

Esempi di ritorsioni, sebbene non a carattere esaustivo, così come previste dal d.lgs. n. 24/2023, possono essere: il licenziamento, la sospensione o misure equivalenti, la retrocessione di grado o la mancata promozione, il mutamento di funzioni, il cambiamento del luogo di lavoro, la riduzione dello stipendio, la modifica dell'orario di lavoro, la sospensione della formazione o qualsiasi restrizione dell'accesso alla stessa, le note di merito negative o le referenze negative, l'adozione di misure disciplinari o di altra sanzione anche pecuniaria, la coercizione, l'intimidazione, le molestie o l'ostracismo, la discriminazione o comunque il trattamento sfavorevole, la mancata conversione di un contratto di lavoro a termine in un contratto di lavoro a tempo indeterminato laddove il lavoratore

avesse una legittima aspettativa a detta conversione, il mancato rinnovo o la risoluzione anticipata di un contratto di lavoro a termine, i danni anche alla reputazione della persona in particolare sui social media, i pregiudizi economici o finanziari comprese la perdita di opportunità economiche e la perdita di redditi, la conclusione anticipata o l'annullamento del contratto di fornitura di beni o servizi, l'annullamento di una licenza o di un permesso, la richiesta di sottoposizione ad accertamenti psichiatrici o medici.

La protezione accordata riguarda le ritorsioni che possono avere luogo nell'ambito del rapporto di lavoro e non anche quelle di altro tipo.

Le condizioni per la tutela sono:

- ❖ la convinzione ragionevole che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate o denunciate, siano veritieri e rientranti nell'ambito oggettivo di applicazione della normativa;
- ❖ la segnalazione o divulgazione pubblica è stata effettuata nel rispetto della disciplina prevista dal d.lgs. n. 24/2023;
- ❖ la necessità di un rapporto di consequenzialità tra segnalazione, divulgazione e denuncia effettuata e le misure ritorsive subite; non sono sufficienti invece i meri sospetti o le "voci di corridoio".

L'onere di provare che tali condotte o atti sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione, alla denuncia o alla divulgazione pubblica e dunque non sono misure ritorsive, è a carico di colui che li ha posti in essere.

Tale inversione dell'onere della prova non si applica ai facilitatori, alle persone del medesimo contesto lavorativo, ai colleghi di lavoro, agli enti di proprietà della persona segnalante, nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

Il lavoratore che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alle tutele sopra descritte, nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. In caso di accertamento delle responsabilità, alla persona è anche irrogata una sanzione disciplinare.

L'adozione di misure ritenute ritorsive, devono essere comunicate in ogni caso all'ANAC oltre dai segnalanti, dai facilitatori, dalle persone del medesimo contesto lavorativo, dai colleghi di lavoro, anche dai soggetti giuridici nei casi in cui siano enti di proprietà del segnalante, o enti in cui lavora o enti che operano nel medesimo contesto lavorativo.

È istituito inoltre presso l'ANAC l'elenco degli enti del terzo settore che forniscono alle persone segnalanti misure di sostegno. Le misure di sostegno consistono in informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulle modalità di segnalazione e sulla protezione dalle ritorsioni offerta dalle disposizioni normative nazionali e da quelle dell'Unione europea, sui diritti della persona coinvolta, nonché sulle modalità e condizioni di accesso al patrocinio a spese dello Stato.

La "giusta causa" di rivelazione di notizie coperte dall'obbligo di segreto (art. 20 del D.lgs. 24/2023).

All'insieme di tutele riconosciute al segnalante si deve aggiungere che la rivelazione effettuata dal *whistleblower*, perseguiendo "l'interesse all'integrità della p.a. e alla prevenzione e repressione delle malversazioni nelle amministrazioni pubbliche e private", è intesa come "giusta causa" di rivelazione, escludendo l'integrazione dei reati di "rivelazione e utilizzazione del segreto d'ufficio" (art. 326 c.p.), "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.), "rivelazione dei segreti scientifici e industriali" (art. 623 c.p.). La rivelazione non integra, inoltre, la violazione delle disposizioni relative alla tutela del diritto d'autore, la violazione delle disposizioni relative alla

protezione dei dati personali, la violazione delle disposizioni relative alla rivelazione o diffusione di informazioni sulle violazioni che offendono la reputazione della persona coinvolta.

Il *whistleblower* non può essere accusato di violazione del dovere di fedeltà e di lealtà (art. 2105 c.c.).

Affinché l'esclusione delle responsabilità operi nei casi di diffusione di informazioni, devono ricorrere cumulativamente due condizioni:

- ❖ fondati motivi, al momento della rivelazione o diffusione delle informazioni, per ritenere che tale rivelazione o diffusione è necessaria per svelare la violazione;
- ❖ effettuare la segnalazione, la divulgazione pubblica o la denuncia nel rispetto delle condizioni che il legislatore ha previsto.

I poteri sanzionatori dell'ANAC

L'ANAC, ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 10 marzo 2023, n.24 applica al responsabile le seguenti sanzioni amministrative pecuniarie:

- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia commesso ritorsioni;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia ostacolato la segnalazione o abbia tentato di ostacolarla;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che la persona fisica individuata come responsabile abbia violato l'obbligo di riservatezza di cui all'art. 12 del d.lgs. n. 24/2023. Restano salve le sanzioni applicabili dal Garante per la protezione dei dati personali per i profili di competenza in base alla disciplina in materia di dati personali;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono stati istituiti canali di segnalazione; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non sono state adottate procedure per l'effettuazione e la gestione delle segnalazioni ovvero che l'adozione di tali procedure non è conforme a quanto previsto dal decreto; in tal caso responsabile è considerato l'organo di indirizzo sia negli enti del settore pubblico che in quello privato;
- ❖ da 10.000 a 50.000 euro quando accerta che non è stata svolta l'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in tal caso responsabile è considerato il gestore delle segnalazioni;
- ❖ da 500 a 2.500 euro, quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità civile della persona segnalante per diffamazione o calunnia nei casi di dolo o colpa grave, salvo che la medesima sia stata già condannata, anche in primo grado, per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria.

Pubblicazione

La presente procedura, in uno alla relativa modulistica, nonché l'informativa di cui all'art. 13 del GDPR, sono pubblicati sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti".

	ASL Napoli 3 Sud Via Marconi n. 66 80059 Torre del Greco AI RPCT	
SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023 MODULO A – DATI DEL SEGNALANTE		
Cognome del Segnalante		
Codice fiscale		
Attuale qualifica di servizio		
Attuale unità organizzativa		
Qualifica di servizio all'epoca del fatto segnalato		
Unità organizzativa all'epoca del fatto segnalato		
Non si è ancora istaurato il rapporto giuridico con l'Azienda in qualità di:		
Si è sciolto il rapporto giuridico in qualità di:		
Telefono		
E-mail		
Se la segnalazione è già stata effettuata ad altri soggetti compilare la seguente tabella:		
Soggetto	Data della segnalazione	Esito della Segnalazione
Se no, segnalare i motivi per cui la segnalazione non è stata rivolta ad altri soggetti:		
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.		
Data	Firma del segnalante	

	ASL Napoli 3 Sud Via Marconi n. 66 80059 Torre del Greco AI RPCT
SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE AI SENSI DEL D.LGS. 24/2023 MODULO B – DATI E INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE	
Ente in cui si è verificato il fatto	
Periodo in cui si è verificato il fatto	
Data in cui si è verificato il fatto	
Luogo fisico in cui si è verificato il fatto	
Soggetto che ha commesso il fatto nome, cognome, qualifica. È possibile inserire anche più nomi.	
Eventuali soggetti privati coinvolti	
Eventuali imprese coinvolte	
Modalità con cui è venuto a conoscenza del fatto	
Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto: nome, cognome, qualifica, recapiti.	
Area a cui può essere riferito il fatto	
Settore cui può essere riferito il fatto	
Descrizione del fatto:	
La condotta è illecita perché:	
Allegare al presente modulo la copia di un documento di riconoscimento del segnalante. Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso	

di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del d.P.R. 445/2000.

Data	Firma del segnalante
------	----------------------

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN RELAZIONE ALLE SEGNALAZIONI DEL WHISTLEBLOWER EX ART. 13 REG. UE2016/679 (GDPR) E VIGENTE NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

Il Regolamento UE 679/2016 ("GDPR") e la vigente normativa italiana di riferimento regolano la protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza ed impone una serie di obblighi in capo a chi tratta informazioni riferite ad altri soggetti.

Nel rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 13 GDPR sulla necessità di informare gli interessati e fornire le informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente dei dati personali, si fornisce la presente informativa. Il Titolare si riserva il diritto di apportarvi modifiche in qualsiasi momento, dandone informazione agli interessati sul proprio sito web.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Asl "Napoli 3 Sud" con sede in Via Guglielmo Marconi, 66, 80059 Torre del Greco NA, nella persona del legale rappresentante pro tempore.

I recapiti del Titolare sono i seguenti:

Asl "Napoli 3 Sud"

Via Guglielmo Marconi, 66, 80059 Torre del Greco NA Tel.: 081/8490645 – Sito istituzionale: www.aslnapoli3sud.it
E-mail: affari.ist@aslnapoli3sud.it – PEC: protocollo@aslnapoli3sud.it

DATA PROTECTION OFFICER

Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personalni (RPD) designato dal Titolare è contattabile via e-mail: dpo@aslnapoli3sud.it

Ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei dati è reperibile sul sito web aziendale alla sezione "Privacy".

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali sono trattati dal Titolare in osservanza a quanto previsto dal D.Lgs. 24/2023, attraverso personale aziendale competente, nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, con particolare riferimento alle attività connesse alla gestione delle segnalazioni ed accertare eventuali illeciti denunciati nell'interesse dell'integrità dell'Azienda (attività di whistleblowing). Il trattamento dei dati personali per le attività di whistleblowing avviene attraverso un canale di segnalazione interno gestito dalla figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è da considerarsi lecito in base agli articoli del GDPR seguenti:

- ❖ Obbligo legale (art. 6 par. 1 lett. c));
- ❖ Interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. e));
- ❖ Obblighi in materia di diritto del lavoro (art. 9 par. 2 lett. b));
- ❖ Interesse pubblico generale (art. 9 par. 2 lett. g));

- ❖ Dati relativi a condanne penali e reati (art. 10).

TIPI DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Sono trattati i dati identificativi e particolari del segnalante, delle persone coinvolte e delle persone comunque menzionate nella segnalazione, nonché i dati contenuti nella segnalazione e nella relativa documentazione, al fine di rappresentare le presunte condotte illecite delle quali il segnalante sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di servizio con il Titolare commesse dai soggetti che a vario titolo interagiscono con il medesimo. La tutela dei dati personali va assicurata non solo alla persona segnalante o denunciante ma anche agli altri soggetti cui si applica la tutela della riservatezza, quali il facilitatore, la persona coinvolta e la persona menzionata nella segnalazione in quanto "interessati" dal trattamento dei dati.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

I dati saranno trattati esclusivamente da parte del personale istruito ed autorizzato, che ne abbia disponibilità a causa della propria mansione o posizione gerarchica nell'ambito della unità organizzativa competente nel pieno rispetto della normativa europea e nazionale richiamata, tenendo in dovuta considerazione il principio di minimizzazione del dato. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatici. Il trattamento sarà svolto in forma manuale e/o automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR.

I dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati, ovvero per il tempo necessario al trattamento della specifica segnalazione e comunque non oltre cinque anni a decorrere dalla data di comunicazione dell'esito finale della segnalazione.

DESTINATARI DEI DATI

Sono destinatari dei dati raccolti a seguito della segnalazione, se del caso, l'ANAC e le eventuali ulteriori autorità competenti. I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale del Titolare, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato, ovvero la persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, per esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 a 22 del GDPR, potranno rivolgersi all'Azienda, presentando istanza al protocollo generale. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti, la revoca del consenso prestato, la portabilità dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà altresì formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei dati nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione. L'Azienda ha, per legge, un termine di un mese per il riscontro delle richieste. L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito, salvo eventuali costi per la riproduzione. Potrà esercitare tali diritti contattando l'Azienda ai recapiti forniti nella presente informativa. L'Azienda ha il diritto di chiedere informazioni necessarie al fine dell'identificazione del richiedente.

È fatta salva la possibilità di proporre reclamo all'Autorità di controllo ai sensi dell'art.77 GDPR o ricorso all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 140-bis del Codice in materia di protezione dati personali, così come modificato dal d.lgs. n.101/2018.

La persona coinvolta o la persona menzionata nella segnalazione, con riferimento ai propri dati personali trattati nell'ambito della segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia, non può esercitare – per il tempo e nei limiti in cui ciò costituisca una misura necessaria e proporzionata – i diritti di cui sopra che normalmente il Regolamento (UE) 2016/679 riconosce agli interessati, nella misura in cui dall'esercizio di tali diritti potrebbe derivare un

pregiudizio effettivo e concreto alla tutela della riservatezza dell'identità della persona segnalante. In tali casi, dunque, al soggetto segnalato o alla persona menzionata nella segnalazione è preclusa anche la possibilità, laddove ritengano che il trattamento che li riguarda violi suddetti diritti, di rivolgersi al titolare del trattamento e, in assenza di risposta da parte di quest'ultimo, di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali.

4.17 Aree di rischio

Tutti i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) dal 2015 in poi pongono l'attenzione al contesto sanitario evidenziando come la specificità del settore, rispetto ad altri della pubblica amministrazione, risentono di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. L'approfondimento del PNA dà indicazioni sulla predisposizione dei Piani delle aziende sanitarie, sottolineando che le misure di prevenzione della corruzione contenute nei Piani devono trovare conforme riscontro negli altri strumenti di programmazione e di valutazione delle performance individuali e dell'organizzazione. Il PNA distingue tra le aree di rischio generali e le aree di rischio specifiche.

Rientrano nelle aree di rischio generali, come già indicato nella Legge 190/2012:

- ❖ contratti pubblici;
- ❖ personale (reclutamento, progressioni di carriera, conferimento incarichi di collaborazione);
- ❖ gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

Rientrano, invece, nelle aree di rischio specifiche:

- ❖ attività libero professionale e liste di attesa;
- ❖ rapporti contrattuali con privati accreditati;
- ❖ farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni, sponsorizzazioni.
- ❖ controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Ulteriori sotto aree di rischio rilevanti per il settore sanitario che gli aggiornamenti del PNA 2024–2025 richiedono di considerare anche:

- ❖ gestione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA);
- ❖ gestione dei processi di autorizzazione e accreditamento;
- ❖ gestione delle emergenze sanitarie e dei flussi di approvvigionamento;
- ❖ gestione dei sistemi informativi sanitari e della sicurezza informatica;
- ❖ gestione dei dati sanitari e dei dati particolari;
- ❖ gestione delle relazioni con stakeholder esterni (associazioni, fondazioni, industria);
- ❖ gestione delle attività di ricerca e innovazione;
- ❖ gestione delle donazioni, sponsorizzazioni e contributi da soggetti privati.

4.18 Area di Rischio Generale - Contratti pubblici

Nel corso del 2023 la disciplina dei contratti pubblici è stata interessata da una serie di interventi legislativi che hanno contribuito a innovarne significativamente l'assetto.

L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 (data di entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti pubblici di cui al D. Lgs.36/2023) determina la seguente tripartizione:

- ❖ procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- ❖ procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- ❖ procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d. l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

In materia di prevenzione dei rischi corruttivi l'ANAC (Del. n. 605 del 19 dicembre 2023) fornisce le seguenti precisazioni:

- ❖ si applica il PNA 2022 a tutti i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023, ivi inclusi i contratti PNRR;
- ❖ si applica il PNA 2022 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023, limitatamente alle specifiche disposizioni di cui alle norme transitorie e di coordinamento previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229);
- ❖ si applica il PNA 2022 ai contratti PNRR con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, con l'eccezione degli istituti non regolati dal d.l. n. 77/2021 e normati dal nuovo Codice (ad esempio, la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti), per i quali si applica l'Aggiornamento 2023;
- ❖ si applica l'Aggiornamento 2023 ai contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne quelli di cui ai precedenti punti 2 e 3.

Sono di seguito individuate le possibili criticità nelle diverse fasi del ciclo di vita dell'appalto.

Fase affidamento

Nella fase di affidamento:

- ❖ possono essere messi in atto comportamenti finalizzati ad ottenere affidamenti diretti di contratti pubblici, inclusi gli incarichi di progettazione, in elusione delle norme che legittimano il ricorso a tali tipologie di affidamenti;
- ❖ è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da non superare i valori economici che consentono gli affidamenti diretti;
- ❖ è possibile il rischio di frazionamento o alterazione del calcolo del valore stimato dell'appalto in modo tale da eludere le soglie economiche fissate per la qualificazione delle stazioni appaltanti;

- ❖ può non essere data attuazione alla rotazione dei soggetti affidatari, al di fuori dei casi di cui all'articolo 49, comma 5, del Codice, disattendendo la regola generale dei "due successivi affidamenti";
- ❖ per quanto riguarda il c.d. "appalto integrato", consentito per tutte le opere ad eccezione della manutenzione ordinaria, si potrebbero avere proposte progettuali elaborate più per il conseguimento degli esclusivi benefici e/o guadagni dell'impresa piuttosto che per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, tali da poter determinare modifiche/varianti, sia in sede di redazione del progetto esecutivo sia nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi e tempi di realizzazione;
- ❖ si potrebbe avere un aumento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, anche a "cascata", come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara;
- ❖ possono verificarsi criticità connesse alla digitalizzazione del ciclo di vita del contratto, obbligatoria ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 36/2023, quali l'utilizzo non corretto delle piattaforme certificate, la mancata tracciabilità delle decisioni o l'assenza di registrazioni digitali complete;
- ❖ possono emergere rischi legati alla gestione dei conflitti di interesse (art. 16 del Codice), in caso di mancata dichiarazione, dichiarazione incompleta o controlli insufficienti sulle situazioni di incompatibilità.

Fase di rendicontazione

Nella fase di rendicontazione del contratto nel quale l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore, il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione nonché le attività connesse alla rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento.

Possono essere considerati elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione l'incompletezza della documentazione inviata dal RP ai sensi dell'art. 10 co. 7, secondo periodo, decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 o il mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo); l'emissione di un certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite. Si ritiene indice certo di elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari la mancata acquisizione del CIG o dello Smart CIG in relazione al lotto o all'affidamento specifico ovvero la sua mancata indicazione negli strumenti di pagamento o, ancora, criticità connesse alla rendicontazione digitale e all'aggiornamento dei sistemi informativi, soprattutto per gli interventi PNRR/PNC, per i quali ANAC richiede un monitoraggio rafforzato.

Fase di esecuzione

Nella fase di esecuzione:

- ❖ si potrebbero osservare comportamenti corruttivi ricorrendo alle modifiche e alle varianti di contratti per conseguire maggiori guadagni, a danno anche della qualità della prestazione resa, in assenza dei controlli previsti dal nuovo Codice e dei vincoli imposti dalla disciplina di settore;
- ❖ è possibile il rischio connesso all'omissione di controlli in sede esecutiva da parte del RUP, del DL o del DEC sul corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali per favorire l'impresa esecutrice;
- ❖ possono verificarsi criticità nella gestione del subappalto, soprattutto in relazione al subappalto a cascata, con rischi di perdita di controllo sulla filiera esecutiva;

- ❖ possono emergere rischi connessi alla mancata o incompleta digitalizzazione delle attività di esecuzione, quali la mancata registrazione digitale degli stati di avanzamento, delle varianti o delle verifiche tecniche;
- ❖ possono verificarsi ritardi o omissioni nei controlli relativi agli interventi finanziati con risorse PNRR/PNC, con conseguente rischio di perdita dei finanziamenti o di contestazioni da parte degli organismi di controllo.

Le misure che vengono adottate per mitigare il rischio corruttivo in materia di appalti pubblici

Le misure che vengono adottate per mitigare il rischio corruttivo in materia di appalti pubblici sono:

- ❖ misure di trasparenza: tracciabilità informatica degli atti, aggiornamento periodico degli elenchi degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate e negli affidamenti diretti, puntuale esplicitazione nelle decisioni a contrarre delle motivazioni della procedura di affidamento;
- ❖ misure di controllo: verifiche interne, monitoraggio dei tempi procedurali, con particolare riferimento agli appalti finanziati con i fondi del PNRR, ricorso a strumenti informatici che consentano il monitoraggio e la tracciabilità degli affidamenti diretti fuori MePA per appalti di lavori, servizi e forniture;
- ❖ misure di regolazione: circolari esplicative recanti anche previsioni comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto, al fine di indirizzare comportamenti in situazioni analoghe e per individuare quei passaggi procedurali che possono dar luogo ad incertezze;
- ❖ misure di organizzazione: ad es. rotazione del personale, formazione specifica dei RUP e del personale
- ❖ utilizzo di check list per le diverse tipologie di affidamento: si tratta di strumenti operativi che consentono sia un controllo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura di affidamento, al fine di guidare la compilazione degli atti e la loro conformità con la normativa comunitaria e nazionale, sia un controllo successivo di supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (ufficio contratti, RPCT, controlli interni ecc.)
- ❖ stipula di patti di integrità: con previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, di accettazione degli obblighi, in capo all'affidatario, ad adottare le misure antimafia e anticorruzione ivi previste in sede di esecuzione del contratto.

Nell'Allegato 4 del presente PIAO viene riportata una tabella di sintesi delle criticità, delle misure di prevenzione della corruzione previste per mitigare e dei soggetti responsabili/attuatori, in materia di Contratti pubblici. Trova applicazione per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dal 1° luglio 2023, tranne per le disposizioni previste dalla parte III del nuovo Codice (da art. 224 a 229). Trova applicazione anche ai contratti PNRR (limitatamente agli istituti regolati dal D. Lgs. 77/2021). (Aggiornamento PNA 2023).

Nell'Allegato 5 del presente PIAO viene riportata una tabella di sintesi delle criticità, delle misure di prevenzione della corruzione previste per mitigare e dei soggetti responsabili/attuatori, in materia di Contratti pubblici. Trova applicazione per i contratti con bandi e avvisi pubblicati prima del 1° luglio 2023 e dal 1° luglio 2023 al 31 dicembre 2023 – anche contratti PNRR (ad esclusione degli istituti regolati dal D. Lgs. 77/2021). (PNA 2022).

4.19 La trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023

Con riferimento a tutte le indicate procedure di affidamento, l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni anche sui diversi regimi di trasparenza da attuare, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023.

Nella Deliberazione n. 264/2023 l'Autorità ha chiarito che gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici sono assolti dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti:

- ❖ con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- ❖ con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
- ❖ con la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell'Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Alla luce delle disposizioni vigenti la trasparenza dei contratti pubblici è governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023.
- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.
- ❖ Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.

La trasparenza per i contratti pubblici nel periodo transitorio e a regime

Riferimento Normativo	Contenuto dell'obbligo
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023.	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9) al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 01.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023	Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 01.01.2024	Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e sgg e dalle delibere ANAC nn. n.

261/2023 e n. 264/2023 (e relativo Allegato 1) e successivi aggiornamenti

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ed esecuzione conclusa entro il 31.12.2023

(Allegato PIAO)

Per questa tipologia di contratti, i dati, documenti e informazioni, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” avviene secondo le indicazioni dell’Allegato 9 al PNA 2022. Rimane ferma anche la pubblicazione tempestiva, quindi per ogni procedura di gara, dei dati elencati all’art. 1, co. 32 della legge 190/2012, con esclusione invece delle tabelle riassuntive in formato digitale standard aperto e della comunicazione ad ANAC dell’avvenuta pubblicazione dei dati e della URL.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1.07.2023 ma non ancora conclusi alla data del 31.12.2023.

(Allegato PIAO)

Per questa fattispecie, occorre far riferimento alla Delibera n. 582 del 13.12.2023 “Adozione comunicato relativo avvio processo di digitalizzazione”, adottata dall’ANAC d’intesa con il MIT. La delibera prevede che, l’assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31.12.2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog. Per le procedure avviate fino al 31/12/2023 e non concluse entro la stessa data, vengono pubblicati nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” gli atti e i documenti individuati dall’allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023 e ss.mm.ii. Nel caso in cui i suddetti atti e documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, è sufficiente venga indicato nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione trasparente – Bandi di gara e contratti” il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

(Allegato PIAO)

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024, valgono le disposizioni contenute nella Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, come integrate con Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023.

Nell’Allegato 4 del presente PIAO è riportata la sezione “Bandi di gara e contratti” con l’indicazione degli obblighi di pubblicazione valevoli per gli avvisi e i bandi pubblicati dal 1° gennaio 2024, secondo quanto previsto dalle Delibere ANAC n. 261/2023, n. 264/2023 e n. 601/2023.

I dati rimangono pubblicati nella BDNCP e sui siti istituzionali delle amministrazioni per un periodo di almeno cinque anni. In caso di mancata pubblicazione (in BDNCP o sul sito istituzionale) si applica la disciplina dell’accesso civico di cui all’art. 5 del d.lgs. 33/2013. La richiesta deve essere presentata al RPCT per verificare se l’omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all’elaborazione o trasmissione dei dati. Qualora risulti che la stazione appaltante abbia regolarmente trasmesso i dati alla BDNCP, la richiesta deve essere indirizzata al RPCT dell’ANAC. Alla scadenza del periodo di pubblicazione (cinque anni), le stazioni appaltanti devono comunque conservare i dati ai fini dell’accesso civico generalizzato.

Sono responsabili dell’elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali competenti in materia di programmazione di lavori, servizi e forniture e di espletamento delle procedure di appalto. L’inadempimento, anche parziale, degli obblighi di pubblicazione costituisce elemento di valutazione

della responsabilità dirigenziale, possibile causa di danno all'immagine dell'amministrazione ed è valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale, ai sensi dell'art. 46 del d.lgs. 33/2013.

4.20 Il Rup

Tra le novità più discusse del nuovo Codice dei Contratti pubblici vi sono le modifiche alla figura del RUP, che da Responsabile Unico di Procedimento ex. art. 31 del D. Lgs. 50/2016 diventa Responsabile Unico di Progetto. Il ruolo di RUP è ora assimilabile a quello di un project manager.

Nomina

Il RUP deve essere individuato “nel primo atto di avvio dell'intervento pubblico” (art. 15, co. 1):

- ❖ il nominativo va indicato nel bando, nell'avviso di indizione della gara, oppure nell'invito a presentare offerta o provvedimento di affidamento diretto;
- ❖ può essere un dipendente assunto anche a tempo determinato;
- ❖ non è obbligatorio che sia in possesso di una qualifica dirigenziale;
- ❖ il dipendente nominato non può rifiutare l'ufficio di RUP.

Responsabilità

Ai sensi dell'art. 15, comma 5, del D. Lgs. 36/2023, la funzione primaria del Responsabile Unico di Progetto è quella di assicurare “il completamento dell'intervento pubblico nei termini previsti e nel rispetto degli obiettivi connessi al suo incarico”, in attuazione del principio del risultato di cui all'art. 1, rispettando le tempistiche preventivate, il livello di qualità richiesto e la manutenzione programmata, oltre a vigilare sul rispetto delle norme di sicurezza e salute dei lavoratori.

Su questa figura ricade quindi la responsabilità di dirigere e coordinare le 4 fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione per ogni procedura soggetta al Codice, ferma restando la possibilità di avvalersi di una struttura di supporto e di Responsabili di procedimento a cui delegare specifici compiti operativi per ciascuna fase.

Requisiti

Il RUP deve essere in possesso di competenze professionali adeguate al processo realizzativo dell'appalto di lavori, servizi o forniture di cui è incaricato, e deve tenere aggiornata con costanza la propria formazione.

Con l'allegato I.2, il Codice introduce tuttavia la possibilità di designare un RUP privo delle prerogative richieste: in questo caso la Stazione Appaltante provvederà ad affiancare al Responsabile una struttura di supporto che compensi i requisiti carenti.

Requisiti specifici per i contratti di lavori:

- ❖ Esperienza di almeno 1 anno per i contratti di importo inferiore a 1.000.000 di euro;
- ❖ esperienza di almeno 3 anni per i contratti di importo pari o superiore a 1.000.000 di euro e inferiore alla soglia UE (specificata all'art. 14);
- ❖ esperienza di almeno 5 anni per i contratti di importo pari o superiore alla soglia UE.

Requisiti specifici per i contratti di servizi e forniture:

- ❖ Esperienza di almeno un anno per gli importi inferiori alla soglia UE;

- ❖ Esperienza di almeno 3 anni per gli importi pari o superiori alla soglia UE.

Per le procedure di affidamento di particolare complessità, la Stazione Appaltante può richiedere ulteriori requisiti al RUP, come ad esempio il possesso di un titolo comprovante l'acquisizione delle competenze necessarie a svolgere l'incarico.

I compiti dei responsabili di procedimento

Il comma 4 dell'art. 15 prevede la possibilità di nominare responsabili di procedimento per ognuna delle fasi dell'appalto, creando un vero e proprio modello organizzativo ad hoc sotto diretta responsabilità del RUP.

Le relazioni del RUP con DEC e DL nella fase esecutiva del contratto

DL e DEC rappresentano il trait d'union tra il RUP e la ditta esecutrice: il loro compito è dare seguito alle disposizioni di servizio del RUP sul piano operativo entro i tempi previsti.

Conflitti di Interesse – RUP

In tale sede risulta doveroso ribadire che le dichiarazioni si configurano quale misura adeguata alla gestione del conflitto di interessi che la stazione appaltante è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. 36/2023, al fine di garantire il rispetto degli adempimenti relativi all'obbligo di comunicare situazioni di conflitto di interessi e all'obbligo di astensione da parte dei soggetti coinvolti nella procedura di aggiudicazione e nella fase di esecuzione del contratto

Ogni qual volta si configurino tali situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Lo stesso art. 16 del D.lgs. n. 36/2023 al co. 3 individua, quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, "l'obbligo di darne comunicazione alla stazione appaltante" e di "astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione", pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Proprio per il rilievo che assume la disciplina a tutela dei valori dell'imparzialità e del buon andamento dell'attività delle amministrazioni la stazione appaltante è tenuta a vigilare sulla corretta applicazione della disciplina durante tutte le fasi di una procedura di gara, ivi compresa la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

Con riferimento al personale delle stazioni appaltanti, la disciplina si applica a tutto il personale dipendente, a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse (ossia contratto a tempo determinato o contratto a tempo indeterminato) e a tutti coloro che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni).

Soggetti ai quali si applica l'art. 16 del Codice dei contratti pubblici

Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo indeterminato

Il personale dipendente di una stazione appaltante con contratto a tempo determinato

Soggetti che, in base ad un valido titolo giuridico, legislativo o contrattuale, siano in grado di impegnare l'ente nei confronti dei terzi o comunque rivestano, di fatto o di diritto, un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna (ad es. Direttore generale, Capo ufficio legislativo, Capo dipartimento, membri degli organi di amministrazione e controllo della stazione appaltante che non sia un'amministrazione aggiudicatrice, organi di governo delle amministrazioni aggiudicatrici laddove adottino atti di gestione, organi di vigilanza esterni)

I prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento (ad es. progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori)
I soggetti coinvolti nella fase di esecuzione dei contratti pubblici (ad es. il Direttore dei lavori/Direttore dell'esecuzione e ove nominati, eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti)
I professionisti coinvolti per conto della stazione appaltante negli affidamenti legati ai fondi del PNRR
I soggetti che compongono organi politici laddove svolgono una funzione amministrativa-gestionale (ad es. affidamenti gestiti da enti locali di ridotte dimensioni, nei quali il soggetto che assolve un incarico di natura politica potrebbe svolgere anche un ruolo gestionale, svolgimento di funzioni di coordinamento nell'ambito delle procedure di gara in ragione dei poteri attribuiti in virtù di normativa eccezionale e/o emergenziale)
Il Presidente e tutti i componenti, sia di parte pubblica che di parte privata, dei collegi consultivi tecnici

Contratti pubblici ai quali si applica l'art. 16

Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sottosoglia

Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori ordinari sopra soglia

Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sopra soglia

Contratti di appalto, subappalto e di concessione pubblici, sia nella fase di gara che in quella esecutiva, nei settori speciali sottosoglia

Contratti pubblici esclusi dal Codice

Le verifiche sono svolte in contraddittorio con il soggetto interessato e mediante, ad esempio, l'utilizzo di banche dati, relative a partecipazioni societarie o a gare pubbliche alle quali le stazioni appaltanti abbiano abilitazione (ad es. Telemaco, BDNCP), informazioni note o altri elementi a disposizione della stazione appaltante, nel rispetto della normativa sulla tutela della privacy.

L'obbligo di rendere preventivamente la dichiarazione sui conflitti di interessi (e di aggiornarla tempestivamente) garantisce l'immediata emersione dell'eventuale conflitto e consente all'Amministrazione di assumere tutte le più opportune misure in proposito.

Il modello della autocertificazione deve prevedere:

- ❖ Attività professionale e lavorativa pregressa;
- ❖ Interessi finanziari;
- ❖ Rapporti e relazioni personali;
- ❖ Altro.

Attività professionale e lavorativa pregressa

Elencazione degli impieghi presso soggetti pubblici o privati, a tempo determinato/indeterminato, pieno o parziale, in qualsiasi qualifica o ruolo, anche di consulenza, retribuiti e/o a titolo gratuito, precisando se sono svolti attualmente o nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione delle partecipazioni ad organi collegiali (ad es. comitati, organi consultivi, commissioni o gruppi di lavoro) comunque denominati, a titolo oneroso e/o gratuito, precisando se sono svolte attualmente o nei tre

anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione delle partecipazioni a società di persone e/o di capitali, con o senza incarico di amministrazione, precisando se sono detenute attualmente ovvero nei tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Elencazione degli accordi di collaborazione scientifica, delle partecipazioni ad iniziative o a società e studi di Professionisti, comunque denominati (ad es. incarichi di ricercatore, responsabile scientifico, collaboratore di progetti), condotti con taluna delle imprese partecipanti alla procedura ovvero, personalmente, con i suoi soci/rappresentanti legali/amministratori, precisando se si tratta di rapporti attuali ovvero relativi ai tre anni antecedenti la partecipazione alla procedura.

Interessi finanziari

Elencazione delle partecipazioni, in atto ovvero possedute nei tre anni antecedenti, in società di capitali pubbliche o private, riferita alla singola gara e per quanto di conoscenza.

Rapporti e relazioni personali -indicare:

Se, attualmente o nei tre anni antecedenti, un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale rivesta o abbia rivestito, a titolo gratuito o oneroso, cariche o incarichi nell'ambito delle società partecipanti alla procedura ovvero abbia prestato per esse attività professionale, comunque denominata, a titolo gratuito o oneroso.

Se e quali cariche o incarichi, comunque denominati, a titolo gratuito o oneroso, rivesta o abbia rivestito nei tre anni antecedenti nell'ambito di una qualsiasi società privata un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale

Se, in prima persona, ovvero un parente, affine entro il secondo grado, il coniuge, il convivente o colui con il quale si abbia frequentazione abituale, abbia un contenzioso giurisdizionale pendente o concluso, nei tre anni antecedenti, con l'amministrazione o con le società partecipanti alla procedura.

4.21 Area di Rischio Generale - Reclutamento del personale

Il reclutamento del personale che in sanità avviene attraverso procedure concorsuali è uno dei processi ad elevato rischio corruttivo; pertanto, particolare attenzione va posta ai seguenti aspetti:

- ❖ coerenza tra la richiesta di avvio della procedura concorsuale e l'Atto Aziendale vigente, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore;
- ❖ rispetto delle norme vigenti in materia, con particolare riferimento alle "Linee guida di indirizzo amministrativo sullo svolgimento delle prove concorsuali e sulla valutazione dei titoli, ispirate alle migliori pratiche a livello nazionale e internazionale in materia di reclutamento del personale, nel rispetto della normativa, anche regolamentare, vigente in materia" (Direttiva n. 3 del 24 aprile 2018);
- ❖ attenta e puntuale definizione dei requisiti di ammissione;
- ❖ commissione di concorso neutrali e competenti.

Per la costituzione delle Commissioni di concorso occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;
- ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi e la loro rotazione;
- ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
- ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
- ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi;
- ❖ verifica del rispetto dell'articolo 35-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, in materia di prevenzione del fenomeno della corruzione che nella formazione di commissioni concorsuali, stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- ❖ osservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione;
- ❖ rotazione.

"Particolare attenzione va rivolta invece al conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio (strutture complesse ed incarichi a professionisti esterni). L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta. Il conferimento degli incarichi è una delle dirette prerogative del Direttore Generale delle aziende sanitarie in cui si misura in maniera più evidente la capacità e l'integrità manageriale e

l'adeguatezza degli strumenti dallo stesso utilizzati al fine di assicurare la corretta programmazione, pianificazione e valutazione del valore delle risorse umane e professionali e, conseguentemente, dell'organizzazione dei servizi. Vale, infatti, a prescindere dal ruolo, dalla qualifica e dal settore di riferimento, il principio per il quale ogni azienda deve dare evidenza dei processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico, al fine di garantire la tutela ed il perseguitamento del pubblico interesse.” (Del. ANAC 831/2016).

In via generale, si fa presente che gli obblighi di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria dall'art. 41, co 2 e 3, d.lgs. 33/2013 - ovvero direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, responsabili di dipartimento e di strutture complesse - sono estesi anche ai responsabili di struttura semplice, per effetto della modifica apportata dal d.lgs. 97/2016. Al fine di rendere coerente l'applicazione della norma di cui all'art. 41, co 3, cit., il riferimento all'art. 15 del d.lgs. 33/2013 ivi contenuto, è presumibilmente rimasto immutato per un difetto di coordinamento normativo, deve intendersi all'art. 14 del medesimo decreto; diversamente si avrebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra i dirigenti medici e gli altri dirigenti.

Incarichi dirigenziali di struttura complessa

Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla tramite incarichi ad interim o utilizzando lo strumento del facente funzione. Può costituire una misura per prevenire tale rischio, vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Nella fase di definizione dei profili dei candidati, al fine di evitare l'uso distorto e improprio della discrezionalità (richiesta di requisiti eccessivamente dettagliati o generici), l'individuazione del profilo professionale deve essere adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e deve essere connotata da elementi di specificità e concretezza, anche per fornire alla commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

Per le posizioni dirigenziali di strutture complessa la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio. Per la costituzione delle Commissioni di concorso per l'ammissione alla dirigenza (strutture non complesse) occorre definire e pubblicare criteri oggettivi di:

- ❖ selezione dei membri della commissione giudicatrice;
- ❖ monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi e la loro rotazione;
- ❖ definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione;
- ❖ acquisizione di opportuna autocertificazione sull'assenza di conflitti di interesse e/o di incompatibilità;
- ❖ verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione dei criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

All'atto della nomina, i dirigenti devono produrre la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 08/04/2013. Come per i titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, le dichiarazioni sono pubblicate sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Al fine del monitoraggio, sarebbe opportuno implementare un sistema gestionale informatico che consenta la pubblicazione direttamente nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, con la previsione di un campo per l'individuazione dell'anno di presentazione della dichiarazione. Il sistema garantirebbe la verifica massiva del grado di aggiornamento delle dichiarazioni presentate dai dirigenti, nonché, velocizzando le tempistiche, un migliore approfondimento della qualità delle dichiarazioni rese.

Incarichi a Direttore di Dipartimento

La natura di tale incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale. La relativa procedura di conferimento dell'incarico prevede la scelta, da parte del Direttore generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. In questo contesto, eventuali rischi possono configurarsi nell'uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta. Per evitare e contrastare tali rischi e al fine di garantire comunque il prevalere dei profili di merito nell'attribuzione del suddetto incarico, sono rese obbligatorie le misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, avendo riguardo delle seguenti indicazioni:

- ❖ esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del d.lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi a Direttore di Presidio Ospedaliero

La procedura di conferimento di tale incarico equivale alle ordinarie procedure concorsuali di Direzione di struttura Medica Complessa.

Incarichi di Direzione di struttura semplice

Le strutture semplici rappresentano, nell'assetto dell'Azienda Sanitaria, l'articolazione organizzativa di base di cui si compone la struttura complessa.

In merito alle modalità di conferimento degli incarichi in area sanitaria e per l'area PTA, l'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con DDG n. 712/2023 e 713/2023 rispettivamente il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali area sanità e il Regolamento per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali per l'Area PTA.

In ogni caso devono essere adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento con le seguenti indicazioni che, in parte, le ripropongono:

- ❖ verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- ❖ pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- ❖ avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- ❖ costituzione della commissione selezionatrice;
- ❖ predeterminazione dei criteri di selezione;
- ❖ misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- ❖ esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione;
- ❖ esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- ❖ pubblicazione degli atti del procedimento.

Per tutti i casi in cui si avvii una procedura selettiva a evidenza pubblica, con la costituzione della commissione, oltre alle misure di cui ai punti precedenti, è necessario sottoporre i componenti delle commissioni a processi di rotazione nonché alla sottoscrizione, da parte degli stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse. Sarebbe auspicabile prevedere, nella composizione della commissione di selezione, almeno un componente esterno. Nel caso, inoltre, di avviso pubblico in cui non si proceda alla costituzione della commissione, è opportuno fornire indicazioni per la composizione degli organi di natura tecnica che dovranno selezionare i candidati (es. sorteggio informatico)".

Come precisato si evidenzia che il d.lgs. 97/2016 ha introdotto l'obbligo di pubblicazione dei dati, già previsti per la dirigenza sanitaria, anche per i responsabili di struttura semplice.

Incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione e di consulenza

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale dell'Area Sanità e per la PTA e negli specifici regolamenti adottati dall'Azienda cui si rinvia (DDG n. 712/2023 e DDG n. 713/2023). Occorre pertanto che le Aziende Sanitarie osservino il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali di cui trattasi, attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito dell'Azienda, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta.

Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria

L'istituto delle sostituzioni rappresenta un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi corruttivi legati alla possibile messa in atto di condotte elusive delle ordinarie procedure di selezione. Possibili rischi sono, ad

esempio, ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione oppure, a sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi (vantaggio, in quest'ultimo caso, del sostituto la cui retribuzione viene integrata ai sensi di quanto previsto dal CCNL). Per quanto i casi in cui fare ricorso alle sostituzioni siano puntualmente disciplinati dal CCNL, per contrastare i connessi rischi, la misura di prevenzione prioritaria in questo ambito è quella di rendere quanto più possibile trasparenti le relative procedure avuto riguardo delle seguenti indicazioni:

- ❖ pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
- ❖ esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione;
- ❖ altre tipologie di incarichi.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992

Tra le tipologie di incarico, quelle previste dall'articolo 15 *septies* del decreto legislativo 502/1992 si caratterizzano per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico. L'articolo stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere:

- ❖ possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporti di lavoro escluso di durata non inferiore a due anni e non superiori a cinque con facoltà di rinnovo, nei limiti del 2% della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del 2% della dotazione organica degli altri ruoli dirigenziali, a laureati con comprovata qualificazione professionale e particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica;
- ❖ possono conferire incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con l'incarico, per un numero non superiore al 5% della dotazione organica della dirigenza sanitaria nonché al 5% della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa.

L'azienda prevede una serie di misure per massimizzare i livelli di trasparenza e imparzialità nelle procedure di selezione relative all'attribuzione di incarichi di cui sopra. In particolare, tenuto conto dell'eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, l'azienda esplicita attraverso pubblicazione sul sito istituzionale:

- ❖ le motivazioni del ricorso a tale procedura derogatoria, comprendendo motivazione per il mancato espletamento di concorsi per il reclutamento ordinario;
- ❖ la durata dell'incarico;
- ❖ le competenze professionali richieste;
- ❖ i criteri di selezione.

Incarichi extra-istituzionali

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività libero professionale, extra ed intra- muraria, del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di

incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL Napoli 3 Sud è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni aziendali.

Sotto tale profilo è necessario:

- ❖ verificare l'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario (vedi capitolo 6 della presente sezione del Piano);
- ❖ comunicare (nella relazione annuale sulle misure di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano e di ottemperanza agli obblighi di pubblicazione) il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno. Tale comunicazione dovrà essere trasmessa al RPCT dalla Direzione Generale per il tramite dell'UOC Affari Istituzionali.

Lo svolgimento di tali incarichi da parte del dirigente, del funzionario o del professionista sanitario può precostituire situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale, ponendosi altresì come sintomo della possibilità che insorgano legami corruttivi. Per questi motivi, l'articolo 1 della legge 190/2012, è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'articolo 53 del decreto legislativo n. 165/2001. Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla Legge e dai Contratti collettivi per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento e le attività extra-istituzionali sono consentite nei limiti di quanto previsto dalla norma.

4.22 Area di Rischio – Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Gestione delle entrate e delle spese

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero rappresentare rischi concreti di corruzione nei seguenti casi:

- ❖ ritardi nell'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- ❖ liquidazione fatture senza adeguata verifica della prestazione;
- ❖ sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte;
- ❖ effettuare rilevazioni di bilancio e rilevazioni non corrette o veritieri;
- ❖ permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture provocando favoritismi tra i creditori ecc.

Tutti questi rischi mettono in evidenza la necessità di adottare misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che consentano la verifica e il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati. Al riguardo fondamentale è il "Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei dati e dei bilanci del SSN, strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile nel settore.

Come programmato nel 2023, con DDG n. 354 del 2024, su proposta dell'UOC Gestione Economica e Finanziaria, è stato adottato il regolamento per l'applicazione della normativa in materia di antiriciclaggio e repressione del

finanziamento del terrorismo.

Gestione del patrimonio aziendale

La valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Aziende Sanitarie rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza per l'efficienza e l'efficacia amministrativa in funzione delle finalità istituzionali da perseguire. L'articolo 5 del decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii definisce il patrimonio delle aziende sanitarie come tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti, anche trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni acquisiti nell'esercizio della propria attività o in seguito ad atti di liberalità. Le aziende dispongono del loro patrimonio secondo il regime di proprietà privata nel rispetto delle disposizioni del Codice civile che prevedono che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono il patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti dalla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge. Tutti gli altri beni compongono il patrimonio disponibile.

La gestione del patrimonio aziendale è affidata alle seguenti unità organizzativa:

- ❖ I' U.O.C. Affari Generali assicura, limitatamente all'aspetto amministrativo, la gestione degli immobili di proprietà, strumentali e non, ovvero altriamenti detenuti dall'Azienda in locazione o comodato d'uso (predisposizione e perfezionamento dei contratti di locazione, attiva e passiva, e dei contratti di comodato, attivo e passivo, e degli atti ad essi propedeutici, consequenziali e connessi);
- ❖ U.O.C. Gestione e Manutenzione del Patrimonio Immobiliare provvedono alla manutenzione degli immobili aziendali e dei relativi impianti, nonché alla loro valorizzazione attraverso la progettazione e l'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti, sia ospedaliere che territoriali.
- ❖ U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi gestisce l'inventario informatizzato del patrimonio dei beni mobili.

Ai sensi della normativa vigente ed in particolare dell'art.30 del decreto legislativo n. 33/2013, l'elenco dei beni rientranti nel patrimonio aziendale è pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Beni immobili e gestione patrimonio".

Procedura Gestione Cespiti mobiliari

Gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute a garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, di cui all'art. 2 del Decreto Ministeriale 17 settembre 2012. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli Enti nella condizione di essere sottoposti, in ogni momento, con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel DM 17 settembre 2012. In considerazione dell'importanza che riveste la corretta rilevazione del reale valore dei beni ai fini dell'attendibilità e della portata informativa dei dati presenti in Bilancio, l'Azienda ha acquistato un sistema gestionale dei cespiti immobiliari. Al riguardo appare opportuno adottare un regolamento per la disciplina la procedura digitalizzata di gestione dei cespiti.

Unitamente a un regolamento per la gestione dei cespiti, sarebbe opportuno che l'Azienda si dotasse di un regolamento per le donazioni.

4.23 Aree di rischio specifico in Sanità

Area di rischio specifica - Attività Libero Professionale ALPI

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per questi motivi è necessario prevedere delle misure di gestione del rischio nella fase autorizzatoria, nello svolgimento dell'attività e nelle interferenze con l'attività istituzionale. I possibili eventi rischiosi possono essere:

- ❖ false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- ❖ inadeguata verifica dell'attività svolta in regime intramoenia;
- ❖ errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- ❖ lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- ❖ lo squilibrio tra numero di prestazioni erogate in regime ordinario e numero di prestazioni erogate in ALPI;
- ❖ trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.

Nel prossimo triennio si procederà, d'intesa con i Responsabili competenti per materia, all'inserimento delle misure di prevenzione più adatte a contenere tali rischi.

Area di rischio specifica - Liste d'attesa

Per quanto concerne, invece, le liste d'attesa il problema riscontrato, su tutto il territorio nazionale, è dato dalla lunghezza delle liste e quindi delle tempistiche di attesa del cittadino nella fruizione dei servizi del sistema sanitario nazionale/regionale. Le motivazioni alla base possono essere così riassunte:

- ❖ carenza di specialisti ambulatoriali;
- ❖ minore offerta di prestazioni da parte delle strutture ospedaliere per la riduzione degli organici;
- ❖ scelta dell'assistito di particolari specialisti per i quali si registrano tempi lunghi che alterano la media;
- ❖ offerta territoriale disomogenea;
- ❖ errata registrazione sul sistema informativo aziendale del grado di priorità.

Nel prossimo triennio saranno aggiornate le misure di mitigazione del rischio nell'area specifica di rischio "Attività Libero Professionale e Liste di Attesa".

Area di rischio specifica - Controlli nelle strutture accreditate

Anche nell'area dell'accreditamento delle strutture private si annida la corruzione in quanto a fronte di precise esigenze dell'utenza che potrebbero essere soddisfatte dalle strutture pubbliche ben amministrate, si preferisce esternalizzare servizi.

Il servizio sanitario pubblico e quello privato collaborano, ma con finalità diverse.

Il primo ha l'obiettivo e la necessità di garantire il benessere delle persone e di fornire cure sanitarie universali; il secondo ha lo scopo – lecito – di generare utili. La collaborazione pubblico/privato si basa principalmente sull'accreditamento e la fornitura di prestazioni a prezzi concordati.

Possibili eventi a rischio:

- ❖ errori nella valutazione dei fabbisogni;
- ❖ ritardi o accelerazione nel rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ ritardi o accelerazioni nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni;
- ❖ omissioni e/o irregolarità nei verbali ispettivi;
- ❖ falsificazione di referti con lo scopo di far rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per il quale è previsto un rimborso superiore al dovuto.

Area di rischio specifica – Farmaceutica

L'informazione scientifica spesso viene manipolata ad uso e consumo dei produttori di farmaci e tecnologie che per l'impiego di capitali effettuato nella ricerca scientifica, condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e i medici nella prescrizione di farmaci, atteso che questi ricevono le maggiori informazioni proprio dalla longa manus degli informatori che hanno carta bianca nel proporre iniziative gratuite a spese delle ditte produttrici.

Così anche nell'ambito della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, i rischi principali sono legati alla comunità scientifica. Alla base di ciò vi è la perdita della sua indipendenza perché condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche. In questo ambito, è stato rilevato il pagamento di tangenti a medici e ricercatori affinché falsificassero le informazioni al fine di creare allarme su un determinato problema, fenomeno o pandemia. Inoltre, a volte i ricercatori manipolano i dati (ad esempio selezionando i soli indicatori di esito) o omettono alcuni risultati della ricerca per mostrare i soli benefici di un nuovo farmaco.

Nel settore farmaceutico, possibili truffe si realizzano nel:

- ❖ furto di medicinali;
- ❖ comparaggio farmaceutico;
- ❖ improprio utilizzo di farmaci;
- ❖ richiesta di indebiti rimborsi;
- ❖ il fenomeno delle prescrizioni di farmaci a soggetti deceduti che si verifica quando il medico prescrive medicinali a pazienti inconsapevoli o deceduti con correlative erogazioni da parte della farmacia che riceve i rimborsi vendendo abusivamente farmaci defustellati.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali- quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria. Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

Area di rischio specifica - Attività di vigilanza, controlli, ispezioni

"Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori "con particolare attenzione alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione quali, a titolo di esempio, la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione" ed ancora nella determina ANAC n. 12/2015 "È

necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte, per esempio, a perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica, come l'utilizzo di modelli standard di verbali con Check list, la rotazione del personale ispettivo, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale ispettivo stesso".

Sotto tale profilo, di seguito si elencano le attività che dovranno essere progressivamente mappate. A seguito della valutazione della tipologia di rischio cui sono soggette, a decorrere dalla prossima programmazione triennale per le predette attività dovranno essere identificate le misure di mitigazione del rischio per le seguenti aree:

- ❖ controlli e autorizzazione della Area Veterinaria del Dipartimento di Prevenzione;
- ❖ assistenza Sanitaria Distrettuale e Ospedaliera;
- ❖ medicina legale;
- ❖ certificazioni Medico Legali Ospedalieri - Referti dei PS dei Presidi Ospedalieri;
- ❖ decessi intraospedalieri.

La gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero e delle strutture mortuarie ha forti implicazioni di natura sia etica sia economica – che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari – connesse alla commistione di molteplici interessi che si concentrano in questo particolare ambito. Le problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, impongono dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, un'appropriata modalità di gestione. Vanno quindi adottate misure che devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti in ordine alla correttezza, legalità, eticità nella gestione del servizio.

Proprio per tali motivi si renderebbe necessario attivare il Registro delle Aziende Funebri, ma anche un protocollo al fine di garantire che l'individuazione dei servizi di onoranze funebri derivi da scelta autonoma dei familiari del defunto, al di fuori della struttura ospedaliera, senza condizionamenti da parte di dipendenti aziendali.

4.24 Monitoraggio

In merito all'attività di monitoraggio occorre evidenziare che soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità (es. dislocazione sul territorio di diverse sedi) come nel caso di questa Azienda, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. L'importanza di dotare il RPCT di una propria struttura, con adeguato personale, infatti, emerge proprio nella fase del monitoraggio. Ciò è stato ribadito dall'Anac (vedi Allegato 6 del PNA 2022)

Per tale ragione, sono stati previsti sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure di prevenzione. In ogni caso lo stato dell'arte in ordine all'attuazione della misura di prevenzione deve risultare da evidenze documentali e comportamentali. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT tramite i Referenti aziendali per l'Anticorruzione e per la Trasparenza, controllerà la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso la richiesta di documenti, informazioni

e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Nell'ambito dell'attività svolta in merito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, un contributo importante per l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, viene dalle relazioni elaborate dai singoli Direttori di strutture. In particolare, nelle relazioni pervenute dall'UOC ABS e dell'UOC Ingegneria Clinica (nota prot. n. 247579 del 28/11/2024 e prot. n. 270978 del 31/12/2024) si evince che anche nel caso di aggiudicazione di affidamenti diretti sono state definite procedure interne che consentono la selezione degli operatori in modo competitivo e trasparenti

Da quasi tutte le relazioni emerge che i Direttori delle strutture aziendali hanno effettuato tutte le azioni necessarie per la sensibilizzazione del proprio personale rispetto al contenuto del Codice Disciplinare.

Per quanto concerne le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, relative all'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi nei casi previsti dall'art. 6 della L. 241/1990, dagli artt. 5, 6, 7 e 8 del D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale, nonché le dichiarazioni, sempre ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, attestanti l'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi ai sensi del d.lgs. 39/2013, con nota prot. n. 010642 del 14/01/2026 la UOC Gestione Risorse Umane ha precisato che gli adempimenti sono stati regolarmente assolti e ha richiamato le azioni realizzate a riguardo.

Dalla lettura delle relazioni pervenute emerge altresì che i Direttori delle articolazioni aziendali ottemperano regolarmente agli adempimenti previsti in materia di conflitto di interesse con l'acquisizione delle prescritte dichiarazioni, effettuano un regolare controllo sulle presenze e sulle autorizzazioni ai servizi esterni.

Si evidenzia la necessità da parte della scrivente, soprattutto in considerazione dell'implementazione del software "Portale della Trasparenza", dell'individuazione da parte dei Referenti Strutture di un incaricato per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. A tal riguardo, i Referenti di Struttura hanno già provveduto all'individuazione del relativo incaricato.

Al riguardo, degna di nota, è la proficua collaborazione che si è istaurata con l'incaricata dell'UOC ABS. Individuare una persona che si occupi precipuamente o esclusivamente degli adempimenti in discorso è decisivo per la qualità della realizzazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e dei correlati obblighi di trasparenza.

4.25 La trasparenza

La trasparenza si pone come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di egualianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

È fondamentale precisare che la trasparenza deve essere intesa non come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare dell'Azienda.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni.

Dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 emerge che per favorire la creazione di valore pubblico, un'amministrazione dovrebbe prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- ❖ revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- ❖ promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- ❖ incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- ❖ informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- ❖ miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- ❖ digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- ❖ individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- ❖ incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- ❖ miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- ❖ promozione di strumenti di condivisione di esperienze e best practices (Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- ❖ consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- ❖ miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale.

I soggetti coinvolti

I soggetti coinvolti sono:

- ❖ Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il Responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano

la regolare attuazione dell'accesso civico. Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione annuale sulla trasparenza da parte dell'OIV che la invia ad ANAC, il RPCT assume le iniziative utili a superare le criticità segnalate dall' OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;

- ❖ Nell'ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;
- ❖ I Direttori delle Unità operative complesse e semplici, dei Dipartimenti, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri sono i Referenti della Trasparenza e hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e della pubblicazione dei dati e delle informazioni previsti dagli allegati n. 2 e n. 3 (trasparenza) al presente piano. I Direttori dei PPOO possono farsi coadiuvare dai Direttori delle UUOOC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Nord e Area Sud per l'adempimento degli obblighi previsti dalla presente sezione del Piano;
- ❖ Stakeholder interni ed esterni.

La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all'Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. È importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. L'Asl Napoli 3 Sud si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Asl Napoli 3 Sud intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- ❖ Indiretta, attraverso le notizie apprese tramite i media locali;
- ❖ Diretta, con l'invio di una mail all'indirizzo prevenzionecorruzione@pec.aslnapoli3sud.it per trasmettere suggerimenti e proposte da apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

Il processo di adozione del Piano deve necessariamente coinvolgere tutti i soggetti aziendali interessati. Deve essere attuata la piena partecipazione e condivisione degli obiettivi di trasparenza e delle misure organizzative necessarie tra tutti i soggetti aziendali che partecipano al processo sia nella fase dell'individuazione delle misure che della loro attuazione compresi gli stakeholders interni ed esterni. A tal fine prima dell'approvazione del Piano o del suo aggiornamento, l'Azienda ha pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" e nella sezione "Avvisi" del portale aziendale un Avviso di consultazione pubblica per acquisire proposte e/o osservazioni ai fini dell'aggiornamento del Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza – Triennio 2026–2028, con scadenza fissata al 20 dicembre 2025. Alla data di scadenza non sono pervenute osservazioni da parte degli stakeholder interni ed esterni.

4.26 Dati da pubblicare e procedura per la pubblicazione

L'ASL Napoli 3 Sud pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

I dati da pubblicare sono quelli previsti dalla normativa vigente ed indicati nelle Tabelle allegate n. 6 e n. 7.

Le Tabelle oltre a specificare i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i relativi riferimenti normativi e la tempistica, in coerenza con le linee guida dell'ANAC, specificano i Responsabili della elaborazione e della pubblicazione del dato.

All'interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti della Trasparenza mediante:

- ❖ comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- ❖ organizzazione di gruppi di lavoro;
- ❖ qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Referenti della Trasparenza, nell'individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione vige l'indicazione riportata in relazione a ciascun obbligo di cui agli allegati n. 6 e n. 7 del presente Piano.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente". Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. Entro il 30 novembre, i Referenti della Trasparenza provvedono a dichiarare l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione in merito alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza; tale dichiarazione va trasmessa al RPCT nella relazione annuale recante le misure attuate previste dalla Sezione "Prevenzione della Corruzione".

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di "Fonte", sono responsabili della pubblicazione dei documenti e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto n. 33/2013 e ss.mm.ii.

Nel caso in cui i documenti, i dati e le informazioni debbano essere pubblicati da una struttura diversa da quella

che li ha elaborati, la richiesta di pubblicazione deve essere formalmente ed espressamente nel rispetto di quanto previsto dalla DDG 4/2016 avente ad oggetto “Manuale di Gestione del Protocollo Informatico”.

Al fine di agevolare la pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni oggetto di obblighi di trasparenza, in particolar modo per quei dati che necessitano di un gestionale per l'inserimento (ad esempio quei dati relativi alla gestione delle risorse umane e degli acquisti di beni, servizi e lavori), il RPCT e l'UOC Sistemi Informatici hanno introdotto il nuovo software “Portale Amministrazione Trasparente” (PAT).

Al fine invece di semplificare (in termini di tempo) l'operatività delle Strutture aziendali per il caricamento dei dati, il RPCT ha richiesto alla UOC Sistemi Informatici l'implementazione dell'interoperabilità tra il sistema gestionale documentale GEDOC e il PAT. Tale soluzione è stata validata dalla Direzione e trasmessa per gli adempimenti di specifica competenza alla UOC Sistemi Informatici.

Altri contenuti

L'ANAC ha precisato che le Amministrazioni possono disporre la pubblicazione in Amministrazione Trasparente di dati, informazioni e documenti per i quali non sussiste uno specifico obbligo di trasparenza previsto dalla legge. L'Anac chiarisce altresì che, ai fini dell'individuazione dei predetti dati, una Amministrazione parta dalle richieste di conoscenza dei propri portatori di interesse e analizzi le richieste di accesso ai dati ai sensi della legge 241/90 per individuare le tipologie di informazioni che rispondono a richieste frequenti e risultano perciò pubblicabili nella logica dell'accessibilità totale. I dati ulteriori possono anche consistere in elaborazioni di secondo livello di dati e informazioni obbligatori, resi più comprensibili per gli interlocutori che non hanno specifiche competenze tecniche. Restano fermi i limiti previsti da disposizioni di legge, nonché la necessità di rispettare la normativa dei dati personali. I dati ulteriori vengono pubblicati nella sottosezione di primo livello “Dati ulteriori”, laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sottosezioni in cui si articola la sezione Amministrazione trasparente.

A tal fine, nel caso in cui una Struttura Aziendale intenda pubblicare un dato ulteriore, ne inoltra specifica richiesta al RPCT che, previo confronto con la Direzione strategica, ne dispone l'inserimento nella tabella riepilogativa degli obblighi di trasparenza allegata al PIAO.

La pubblicazione del dato ulteriore nella sezione Amministrazione Trasparente spetta sempre alla struttura aziendale che detiene il dato.

4.27 Comprensibilità dei dati

I Direttori delle UU.OO.CC. centrali, di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di Referenti della Trasparenza, devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in

	modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

4.28 Controllo e Monitoraggio

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Napoli 3 Sud, concorrono, oltre al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) e l'OIV, i Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero.

Il monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione nella Sezione "Amministrazione trasparente" del portale regionale è svolto dal RPCT mediante interazione ed attestazione da parte delle strutture organizzative aziendali (UOC, Distretti, Dipartimenti e Presidi ospedalieri) responsabili *ratione materiae* dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati, di cui ci si avvale secondo il principio della responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti (ANAC). Il monitoraggio, dunque, sarà svolto su più livelli:

- ❖ il 1° livello di monitoraggio è svolto dalle UUOCCC, Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri in qualità di Referenti per la trasparenza. Il monitoraggio è almeno annuale (possono essere posti in essere più monitoraggi infra-annuali, su iniziativa del Referente della trasparenza della SPL o su richiesta del RPCT) e riguarda tutti gli obblighi di trasparenza di competenza delle predette strutture mediante controlli diretti sulla presenza dei dati (e relativi profili di qualità della trasparenza);
- ❖ il 2° livello di monitoraggio, posto in essere dal RPCT, consiste nell'approfondimento tra il RPCT e i Referenti per la trasparenza interessati sulle criticità emerse dai report conclusivi del 1° livello di monitoraggio. A questo si può aggiungere un'analisi di dettaglio su specifici obblighi di trasparenza, individuati su base campionaria o in considerazione di altri fattori di volta in volta esplicitati (ad esempio, gli obblighi afferenti a settori particolarmente rilevanti sotto il profilo dell'uso delle risorse pubbliche). Un monitoraggio avviene anche in occasione dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte della ASL, operata dall'OIV per espressa previsione dell'art. 14, comma 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009, dell'art. 44 del d.lgs. n. 33/2013 e, da ultimo, dell'art. 1, comma 8-bis, della l. n. 190/2012, a seguito di specifica delibera dell'ANAC.

A tal fine il RPCT evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate, i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il RPCT è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità

dei dati pubblicati. L'attività di controllo interna assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione.

4.29 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati

In base all'art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall'amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117 secondo comma lett. m) della Costituzione. L'attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili delle UUO OCC, dei Distretti, dei Dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri, che siano "responsabili della elaborazione e della trasmissione" dei documenti, delle informazioni e dei dati. Infatti, l'art. 10 prevede che l'amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. Per quanto riguarda i dirigenti responsabili delle predette strutture, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, attese le rilevanti finalità dell'istituto. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) costituisce, ai sensi dell'art. 46, elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale. L'inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all'autore dello stesso. Il RPCT deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile deve segnalare gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità.

Rimozione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013, all'art. 8 prevede che "i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti". In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva. Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l'assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico).

I soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui si

sia verificata un'alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

D.lgs. n. 33/2013	Contenuto dell'obbligo
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

La pubblicazione tramite i link alle Banche Dati

Visto l'art. 9 bis del D. Lgs. 33/2013, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si procederà, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti (Allegato B, art. 9 bis D. Lgs. 33/2013, come da tabella che segue).

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
1.	Perla PA	PCM-DFP	- Artt. 36, co. 3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (titolari di incarichi di collaborazione o consulenza); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 18 (dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici)

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
2.	SICO Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	Artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato); art. 17 (dati relativi al personale non a tempo indeterminato); art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)
3.	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN CNEL	Artt. 40-bis, co. 5, e 47, co. 8, del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 21, co. 1 (dati sulla contrattazione collettiva nazionale); art. 21, co. 2 (dati sulla contrattazione integrativa)
4.	SIQuEL - Sistema Informativo Questionari Enti Locali	Corte dei conti	Art. 1, co. 166- 167, della legge n. 266 del 2005	Art. 22 (dati relativi ai soli Enti locali riguardanti enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico, partecipazioni in società di diritto privato)
5.	Patrimonio della PA	MEF-DT	- Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - art. 17, co. 3-4, del decreto-legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	Art. 22, commi 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo); art. 30 (dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche)
6.	BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche	MEF-RGS	- Art. 13 della legge n. 196 del 2009; - decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 23411 del 2010; - d.lgs. n. 229 del 2011; - d.lgs. n. 228 del 2011;	Art.29, co. 1 (bilanci preventivi e consuntivi delle amministrazioni pubbliche) Art. 37, comma 1, lett. a), b), c) (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori) Art. 38, Pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
7.	REMS (Real Estate Management System) Sistema di Gestione degli Immobili di Proprietà Statale	Demanio		Art. 30 (beni immobili e gestione del patrimonio)
8.	BDNCP - Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici	ANAC	Art. 62-bis del d.lgs. n. 82 del 2005; - art. 6-bis del d.lgs. n. 163 del 2006	Art. 37, co. 1 (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture)
9.	Servizio Contratti Pubblici	MIT	Artt. 66, co. 7, 122, co. 5 e 128, co. 11, del d.lgs. n. 163 del 2006	Art. 37, co. 1 (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture)

4.30 Accesso civico

Nell'attuale ordinamento, accanto all'accesso cosiddetto classico, previsto dalla legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/90 e DDG n. 100 del 18.02.2016), si collocano gli istituti dell'accesso civico semplice e generalizzato introdotti dal d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., cosiddetto testo unico della Trasparenza.

In particolare, come anticipato, l'accesso civico può essere:

- semplice, disciplinato dal comma 1 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale l'obbligo previsto in capo all'ente di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. In sostanza al dovere di pubblicazione dell'ente corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza;
- generalizzato, delineato nel comma 2 del citato art. 5, secondo cui, per favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dall'ente, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

Legittimazione ed esercizio dell'accesso civico

L'esercizio dell'accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (questo profilo è una delle più rilevanti differenze tra tale istituto e l'accesso di cui alla legge sul procedimento amministrativo).

Differenze con l'accesso documentale

La sostanziale differenza tra l'accesso civico e l'accesso ai documenti ex art. 22 l. n. 241/90 va ravvisata nel fatto che la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione riguardo alla legittimazione soggettiva del richiedente. Contrariamente a quanto affermato nella legge sul procedimento, dove il diritto di accesso è riconosciuto ai portatori di un interesse giuridico diretto, concreto e attuale, per presentare la richiesta di accesso

civico non è necessario fornire una motivazione.

Contenuto della richiesta di accesso civico generalizzato

La richiesta di accesso generalizzato deve identificare i documenti e i dati richiesti poiché deve essere consentito all'Amministrazione di identificare agevolmente i documenti o i dati richiesti.

Il modulo per presentare l'istanza di accesso è rinvenibile nella sezione "Accesso civico - Accesso Atti Amministrativi" sull'homepage del sito istituzionale.

L'istanza può essere trasmessa per e-mail ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- ❖ all'Ufficio che detiene i dati (gli indirizzi di posta elettronica sono reperibili sul sito aziendale www.aslnapoli3sud.it);
- ❖ alla UOC Relazioni con il Pubblico alla mail relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it o alla pec relazionipubbliche@pec.aslnapoli3sud.it, che procede, nel caso di art. 5 comma 1 d.lgs. 33/13 e s.m.i. a trasmettere al richiedente il link di riferimento all'obbligo di pubblicazione;
- ❖ nel caso di richiesta di cui all'art. 5 comma 2 d.lgs. 33/13 e s.m.i. ad attivare la procedura della richiesta al responsabile di struttura in possesso delle informazioni richieste.
- ❖ Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Nel caso in cui vengano presentate istanze nelle quali non sono identificati chiaramente i documenti e i dati di cui si chiede l'ostensione, l'Ente chiede di precisare l'oggetto della richiesta.

L'Ente consente l'accesso generalizzato anche quando riguarda un numero cospicuo di documenti e informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale da compromettere il buon andamento dell'Amministrazione. In tale ultimo caso il provvedimento di rifiuto deve essere adeguatamente motivato dalla sussistenza degli elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto.

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della sicurezza pubblica e ordine pubblico, sicurezza nazionale. Il diniego è altresì necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della protezione dei dati personali, della libertà e della segretezza della corrispondenza.

Soggetti Controinteressati

Se l'ufficio individua soggetti controinteressati è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della richiesta di accesso civico generalizzato, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica (a coloro che abbiano acconsentito a questa forma di comunicazione).

- ❖ I soggetti controinteressati sono esclusivamente le persone fisiche e giuridiche portatrici degli interessi privati di cui all'art. 5 bis, comma 2 del decreto trasparenza: protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- ❖ libertà e segretezza della corrispondenza intesa in senso lato ex art. 15 Costituzione;
- ❖ interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Possono essere controinteressati anche le persone fisiche interne all'amministrazione (ad es. componenti degli organi di indirizzo, dipendenti, componenti di altri organismi).

Entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. Decoro tale termine, l'Ente provvede sulla richiesta di accesso, accertata la ricezione della comunicazione da parte dei controinteressati.

Tempi di risposta

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro 30 giorni (art. 5, c. 6, del d.lgs. n. 33/2013) dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali soggetti controinteressati. Tale termine è sospeso nel caso di comunicazione dell'istanza ai controinteressati durante il tempo stabilito dalla norma per consentire agli stessi di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione).

L'Ente è:

- ❖ tenuto a motivare l'eventuale rifiuto, differimento o limitazione all'accesso;
- ❖ non è tenuto a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso;
- ❖ non è tenuto a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato: deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruiti;
- ❖ ammette, invece, le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso.

Tutela del diritto di accesso

Il richiedente nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o di mancata risposta entro il termine previsto, e i controinteressati nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che decide con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni.

Se l'accesso generalizzato è stato negato o differito a tutela della protezione dei dati personali in conformità con la disciplina legislativa in materia, il RPCT provvede, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di 10 giorni dalla richiesta, con sospensione dei termini per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione, è possibile presentare ricorso al TAR o al Difensore Civico competente per territorio, anche dopo il provvedimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entrambi si pronunciano entro 30 giorni.

SEZIONE 3

5 La struttura organizzativa

5.1 L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud

Per l'ASL Napoli 3 Sud, l'aggregazione delle unità segue le logiche di efficienza clinica, in quanto orientata all'ottimizzazione diretta del processo assistenziale ed all'ottimizzazione indiretta del consumo di risorse, e le logiche di efficienza manageriale, orientata alla definizione delle priorità di allocazione delle risorse in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficienza.

L'organizzazione dell'ASL Napoli 3 Sud viene rappresentata con un'articolazione sviluppata su quattro macrolivelli: la Direzione Aziendale (Generale, Amministrativa e Sanitaria) e la rete dei servizi territoriali (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti). Le strutture che afferiscono a ciascun livello individuato, aggregate per Dipartimento funzionale (nell'ambito dei Presidi Ospedalieri), per Dipartimento strutturale (nell'ambito del Territorio) di afferenza e per Distretto Sanitario, sono classificabili come Unità Operative complesse.

L'organigramma dell'ASL Napoli 3 Sud viene, quindi, rappresentato per:

- ❖ l'organizzazione dell'area centrale;
- ❖ l'organizzazione dell'area dipartimentale;
- ❖ l'organizzazione dell'area ospedaliera (presidi);
- ❖ l'organizzazione dell'area funzionale;
- ❖ l'organizzazione dell'area distrettuale.

5.2 Area centrale

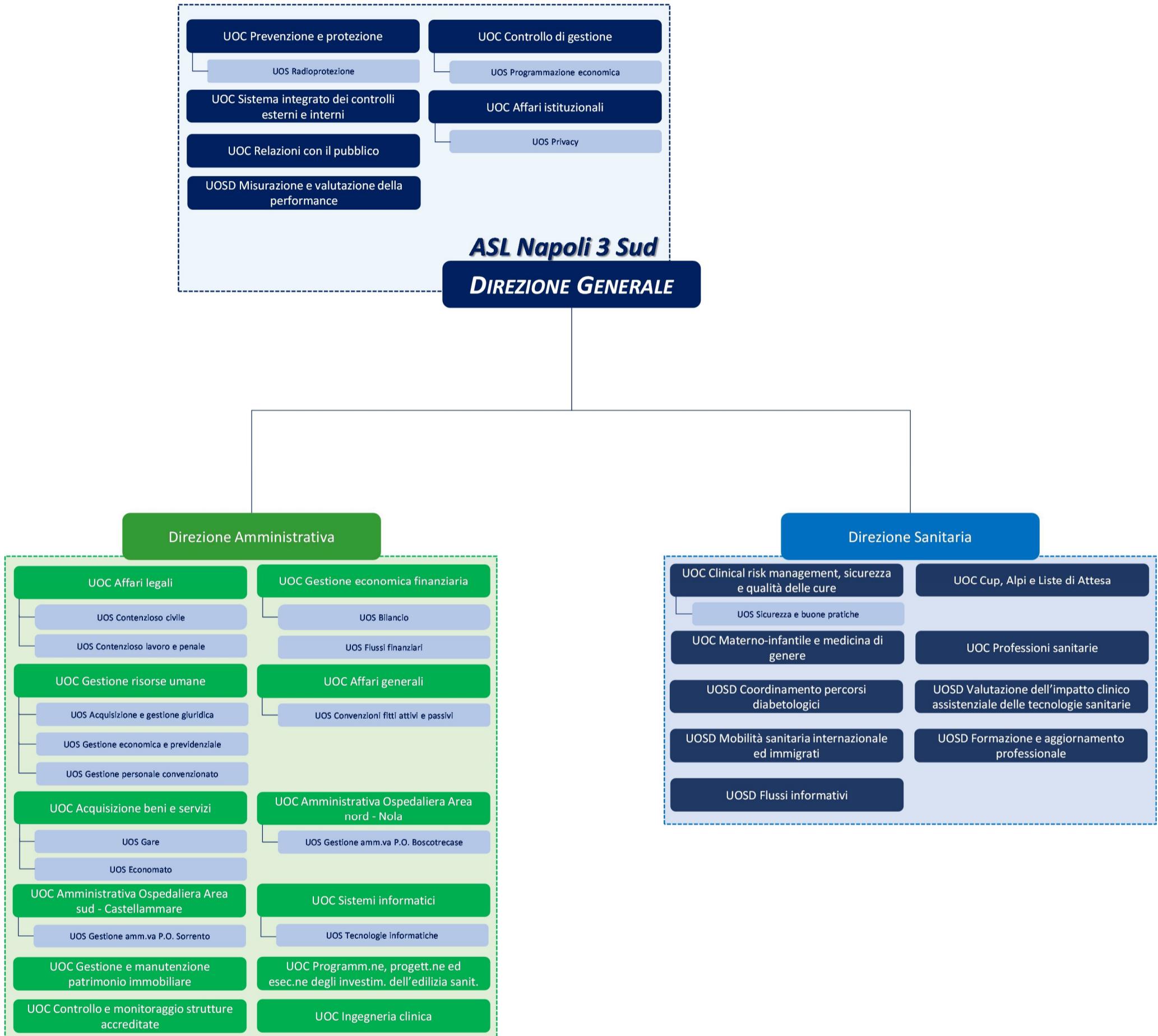


Figura 47 – Organigramma area centrale

5.3 Area dipartimentale



Figura 48 – Organigramma area dipartimentale

5.4 Area ospedaliera

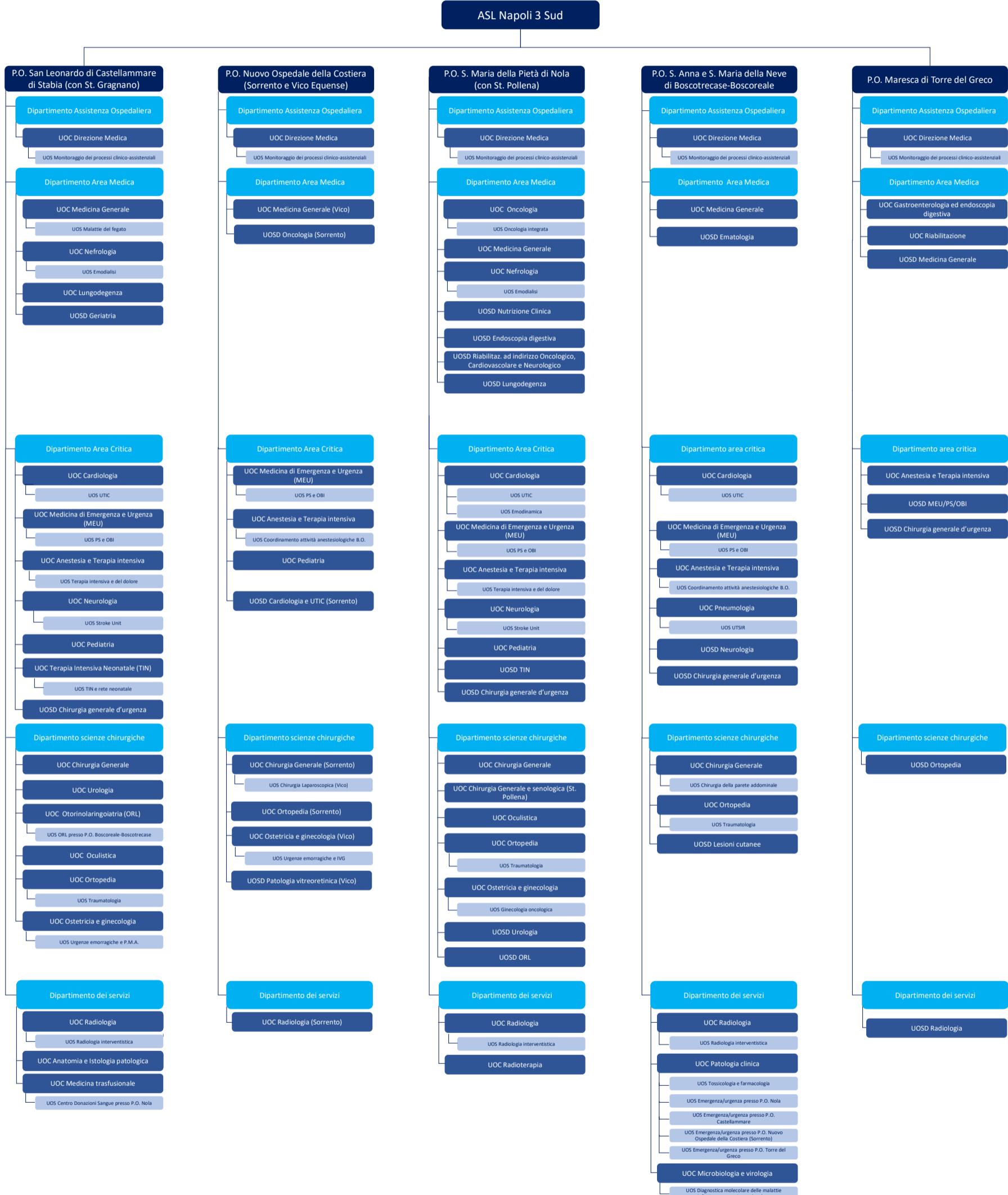


Figura 49 – Organigramma area ospedaliera

5.5 Area Funzionale

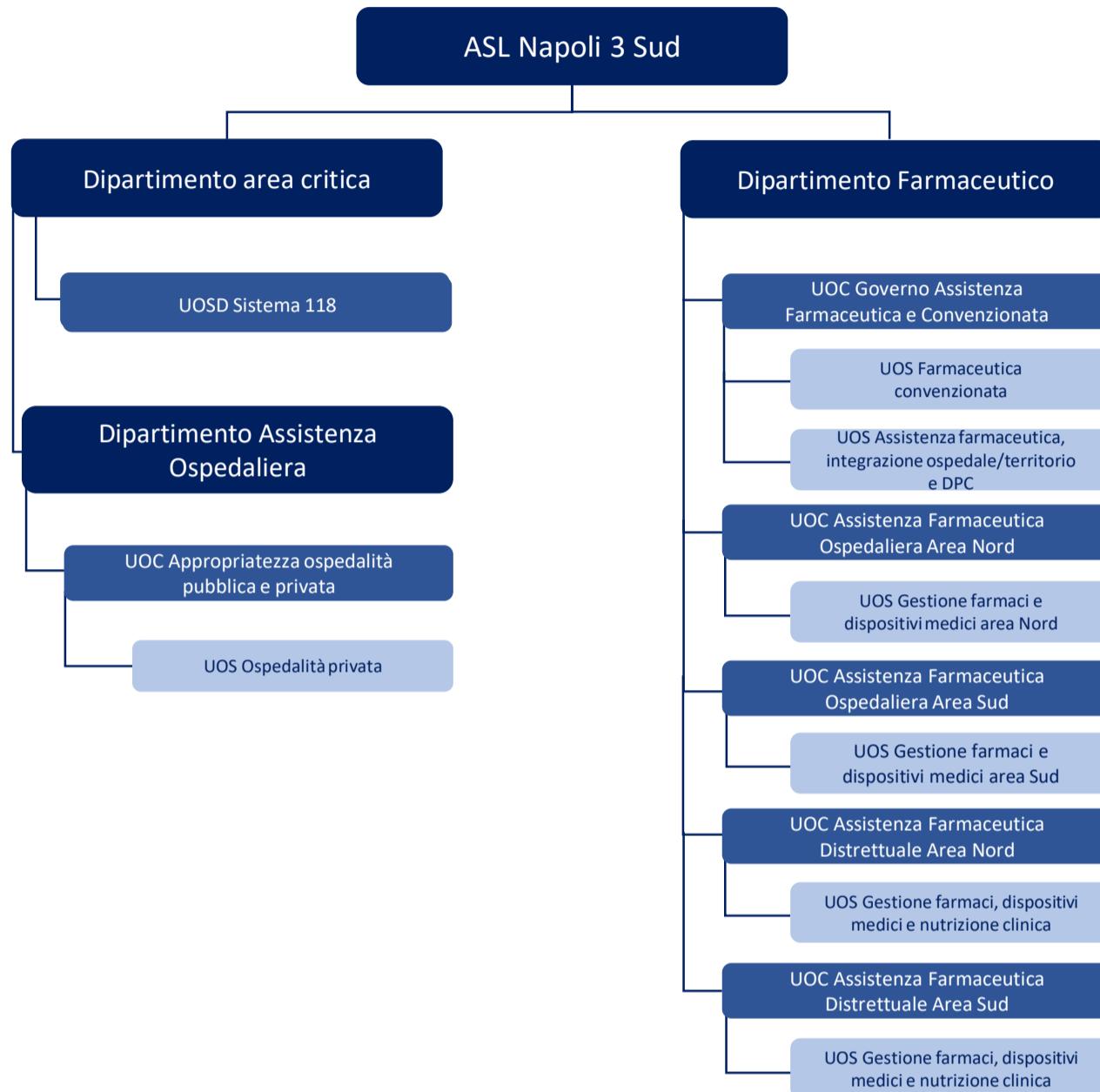


Figura 50 – Organigramma area funzionale

5.6 Area distrettuale

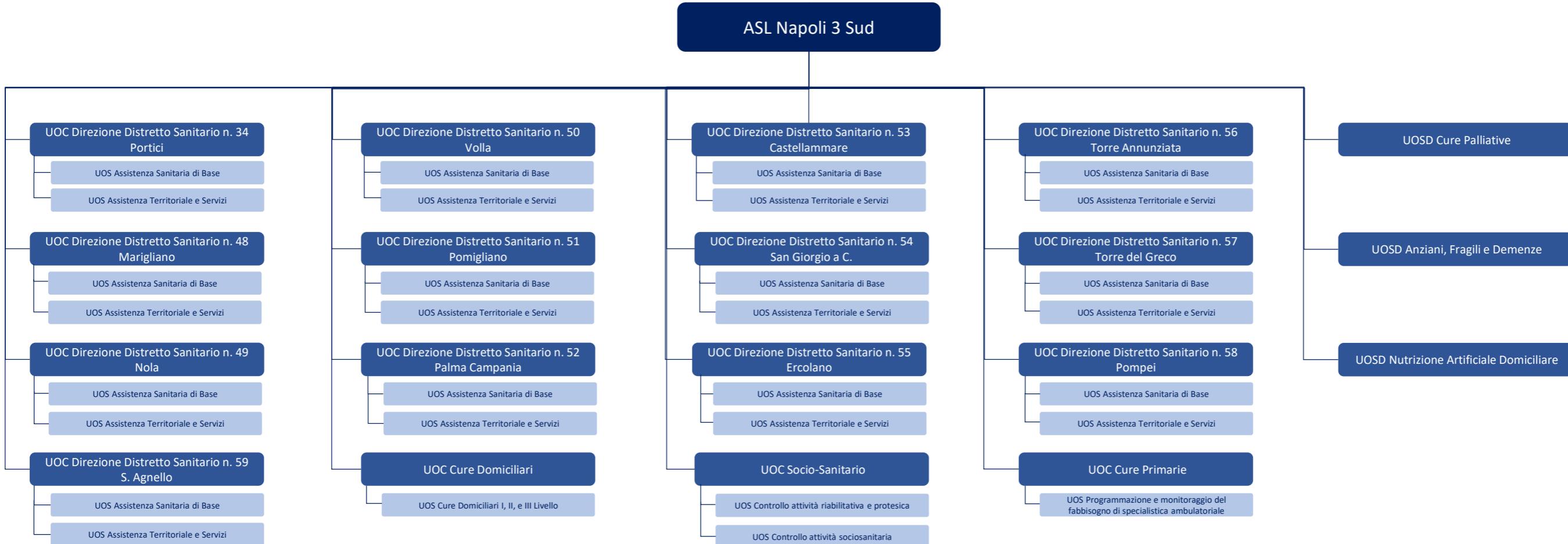


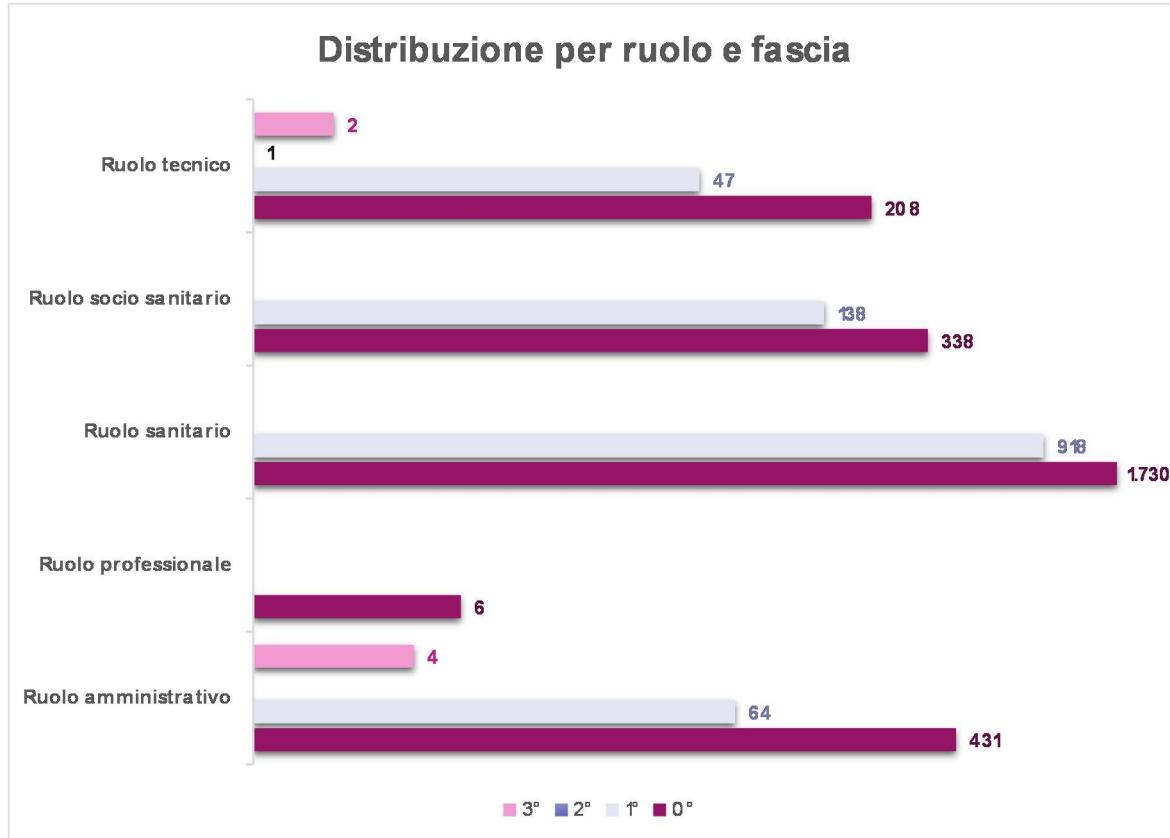
Figura 51 – Organigramma area distrettuale

5.7 I dati dell'organizzazione

Il personale dipendente, appartenente all'area della dirigenza ed all'area del comparto, in servizio al 31/12/2025, è pari a n. **5.250** unità. Il totale del personale dell'area dirigenza è pari a n. 1.363, mentre il personale appartenente all'area del comparto, è pari a n. 3.887 unità dove sono assegnate fasce corrispondenti al proprio ruolo, al proprio profilo ed alla propria anzianità di servizio. La distribuzione del personale del comparto, distribuito per fascia e ruolo è mostrata nella seguente tabella.

Ruolo	D E P				
	0°	1°	2°	3°	Totale
Ruolo amministrativo	431	64	0	4	499
Ruolo professionale	6	0	0	0	6
Ruolo sanitario	1.730	918	0	0	2.648
Ruolo socio sanitario	338	138	0	0	476
Ruolo tecnico	208	47	1	2	258
Totale	2.713	1.167	1	6	3.887

Il totale del personale del comparto è pari a n. 3.887 unità ed il ruolo sanitario ne ha il numero più elevato, ovvero n. 2.648.



Si rappresenta, di seguito, la distribuzione percentuale delle fasce per ruolo:

Ruolo	0°	1°	2°	3°
Ruolo amministrativo	86,37%	12,83%	0,00 %	0,80 %
Ruolo professionale	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Ruolo sanitario	65,33%	34,67%	0,00 %	0,00 %
Ruolo socio sanitario	71,01%	28,99%	0,00 %	0,00 %
Ruolo tecnico	80,62%	18,22%	0,39%	0,78%

6 Il lavoro agile

6.1 L'organizzazione del lavoro agile dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud con deliberazione Aziendale n. 1019 del 31.08.2023 redige il Piano organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in avanti POLA), in conformità alle disposizioni normative vigenti, di cui all'art. 263 del D.L. n. 34/2020 convertito con modificazioni dalla Legge n. 77/2020, sentiti i pareri delle organizzazioni sindacali secondo le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

Il POLA definito dall'ASL Napoli 3 Sud definisce l'oggetto, gli obiettivi ed i destinatari dell'iniziativa, stabilendo la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, nel rispetto delle prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile.



Figura 52– Il lavoro agile per l'ASL Napoli 3 Sud

Il Piano si applica a tutti i lavoratori dell'ASL Napoli 3 Sud, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività dell'Unità Operativa di afferenza. Sono, invece, esclusi dall'ambito di applicazione e, pertanto, non sono ammessi allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile coloro che svolgono attività di cura e di assistenza diretta che, per loro natura, devono necessariamente essere espletate nelle sedi aziendali, nei presidi o stabilimenti ospedalieri e nelle

sedi territoriali; coloro che svolgono attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico; coloro che svolgono attività per le quali è necessaria la presenza nella sede di lavoro aziendale (per esempio, magazzino, laboratori, ecc.). Infine, non si rende applicabile al personale sanitario, fatto salvo per le sole attività espletabili da remoto e nei periodi in cui l'attività non prevede l'erogazione diretta dell'assistenza.

Il lavoro agile si applica nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna. Ai dipendente in lavoro agile restano applicabili le norme sull'incompatibilità di cui all'articolo 53 del decreto legislativo 165/2001.

L'introduzione del lavoro agile all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud mira al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- ❖ favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ❖ introdurre soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e, al tempo stesso, mirata ad un incremento di produttività;
- ❖ ottimizzare l'introduzione delle nuove tecnologie realizzando economie di gestione;
- ❖ promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

La prestazione lavorativa può essere svolta in modalità agile quando sussistono le seguenti condizioni:

- ❖ è possibile delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al lavoratore senza che sia necessaria la costante presenza fisica di quest'ultimo nella sede di lavoro. L'Azienda si impegna ad adottare processi di dematerializzazione dei documenti per favorire il lavoro agile ad un maggior numero di dipendenti;
- ❖ lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile risulta compatibile con le esigenze organizzative e funzionali dell'ufficio al quale il lavoratore è assegnato;
- ❖ l'attività da svolgere non prevede il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o un ambulatorio/struttura sanitaria;
- ❖ è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- ❖ il lavoratore ha la possibilità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa in piena autonomia, pur sempre nel rispetto degli obiettivi prefissati;
- ❖ è possibile monitorare e valutare, mediante apposita rendicontazione periodica da conservare agli atti, i risultati delle attività assegnate al lavoratore rispetto agli obiettivi programmati;
- ❖ l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile è di competenza del Direttore e del Dirigente Responsabile della Struttura che nell'ambito del progetto individuale di lavoro agile, definirà le attività compatibili con una prestazione lavorativa a distanza, che dovranno, tra l'altro, rispondere a criteri di Attuazione/svolgimento in autonomia, Facilità nel controllo e nel monitoraggio Facilità nel riscontro dei risultati;

- ❖ e che non comportino, se espletate da remoto, disagio alla funzionalità della Struttura ed alla qualità del servizio offerto.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria, il lavoratore interessato può richiedere l'accesso al lavoro agile al Direttore e al Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa cui è assegnato, il quale deve esprimersi sulla compatibilità tra lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e le esigenze tecnico-organizzative della Struttura. In particolare, il Direttore e il Dirigente Responsabile della Struttura di assegnazione del lavoratore sono tenuti a:

- ❖ verificare che l'attività svolta dal lavoratore sia efficacemente espletabile in modalità agile;
- ❖ verificare che lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto non pregiudichi né riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- ❖ valutare che lo svolgimento da remoto della prestazione lavorativa in modalità agile risulti coerente con le complessive esigenze organizzative e funzionali della Struttura;
- ❖ verificare che non sussistano situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, adottare un piano di smaltimento dello stesso;
- ❖ garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo, comunque, essere prevalente, all'interno di ciascuna Unità Operativa, l'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza.

L'ASL Napoli 3 Sud garantisce che i lavoratori che si avvalgono della modalità di lavoro agile non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. L'Azienda garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza. L'attività lavorativa resa in modalità agile è considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi lavorative abituali ed è valutata ai fini della performance individuale del lavoratore.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi del D.P.R. n. 62/2013, "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di comportamento dell'ASL Napoli 3 Sud, nonché ai sensi del D. Igs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679. Restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi e dai codici di comportamento sopra richiamati, che trovano integrale applicazione anche ai lavoratori agili.

L'attività svolta in modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato dall'ASL Napoli 3 Sud.

7 Il piano triennale del fabbisogno di personale

7.1 Introduzione

Il Piano Triennale del fabbisogno di Personale (di seguito denominato PTFP) per il periodo 2024/2026, in continuità con il PTFP 2023/2025, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il PTFP è adottato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in coerenza con le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso decreto legislativo, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute dell'8 maggio 2018, nonché, i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dal Disciplinare tecnico Monitoraggio per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania allegato alla DGR n. 190/2023. Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'Azienda Sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle Unità Operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2023 e a quelli che si verificheranno negli anni 2024 e 2025 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

7.2 La normativa di riferimento

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Nello specifico, gli articoli in questione prevedono quanto segue:

Art. 6 (Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale)

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ... Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.
3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima ... Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.
... Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti. Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
4.
5. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale. 6-bis. ... Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore.

Art. 6-bis (Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni)

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ... sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale.
2. Le amministrazioni interessate dai processi di cui al presente articolo provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.
3. I collegi dei revisori dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni che attivano i processi di cui al comma 1 vigilano sull'applicazione del presente articolo, dando evidenza, nei propri verbali, dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di UOC Gestione Risorse Umane/2019/148 2 personale, anche ai fini della valutazione del personale con incarico dirigenziale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Art. 6-ter (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).

1. Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali.
3. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.
5. Ciascuna amministrazione pubblica comunica secondo le modalità definite dall'articolo 60 le predette informazioni e i relativi aggiornamenti annuali che vengono resi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica. La comunicazione dei contenuti dei piani è effettuata entro trenta giorni dalla loro adozione e, in assenza di tale comunicazione, è fatto divieto alle amministrazioni di procedere alle assunzioni.
6. Qualora, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2, con riferimento alle amministrazioni dello Stato, si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 1. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale ed agli enti locali, le misure correttive sono adottate con le modalità di cui al comma 3.

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell'ambito del S.S.R. è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l'art. 1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23/12/2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il Piano dà evidenza delle politiche aziendali di attuazione dell'Atto Aziendale, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri, oggetto di profonda revisione organizzativa con conseguente sensibile riflesso in termini di definizione del relativo fabbisogno. Tali percorsi organizzativi, sia in ambito sanitario che dei servizi amministrativi, trovano riscontro nel Piano per una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane. Il coordinamento fra risorse umane necessarie e risorse finanziarie disponibili viene definito nelle tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2022-2024. La spesa viene esposta nelle tabelle indicate al Piano, per ciascuno degli anni in questione. Sin d'ora si precisa che la revisione del Piano Triennale per gli anni seguenti terrà in considerazione le valutazioni strategiche aziendali in materia di eventuali esternalizzazioni da effettuarsi, con riferimento all'area dei servizi/attività di supporto in ambito ospedaliero e territoriale. Particolare attenzione sarà inoltre riservata alla politica di fabbisogno di personale in attuazione di modifiche dell'Atto Aziendale, quali conseguenza in primis di quanto definito a livello regionale in ambito di schede di dotazione ospedaliera.

Si specifica che il Piano del Fabbisogno del Personale 2022-2024, inserito nel PIAO 2023-2025, fa riferimento ad un'adozione provvisoria avvenuta con Deliberazione Aziendale n. 1181 del 20/12/2022. Successivamente, si è proceduto, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo ed in ossequio alle disposizioni contenute nel disciplinare tecnico "Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania" (DGRC n. 190/2023), all'approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022-2024 – nella sua versione aggiornata - con Deliberazione Aziendale n. 86 del 23/01/2024. Tale PTFP è oggetto del presente capitolo.

7.3 *Criteri e modalità di elaborazione del Piano*

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel prosegue:

- ❖ l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015 e del DM n. 77/2022;
- ❖ la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- ❖ il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete. Per "metabolismo minimo" si intende il fabbisogno di funzionamento ovvero la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio.

Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgono attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

Organizzazione della rete dell'offerta

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i. Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall'offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione stessa in ragione del loro ruolo all'interno della rete.

Produzione

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative:

▪ continuità clinica per i ricoverati	▪ degenza ordinaria e diurna
▪ attività cliniche ordinarie	▪ attività ambulatoriale
▪ attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione	▪ consulenze da pronto soccorso
▪ consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti	▪ attività di formazione continua

Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per **Full Time Equivalent (FTE)**, identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

Dirigenza sanitaria	Comparto (Infermieri, OSS, Altre figure del comparto)
1.560 ore	1.450 ore

Personale Dirigente Medico

La metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, definito "metabolismo minimo", e un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

I valori minimi

Per quanto riguarda il personale medico si è definito il fabbisogno per singola specialità: il personale medico, infatti, non è fungibile ed è quindi necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio. Per il personale medico si è proceduto ad individuare delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 190/2023 (*rif. tenendo altresì conto dell'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio,*

possono o meno essere organizzate in forma “interdivisionale” o per area omogenea, ossia in forma “divisionale”). È stata utilizzata la Tabella 3 della DGRC 190/2023 (cfr. ...che indica la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario).

La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 190/2023 (...La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tenendo conto dell’attività di guardia medica notturna e festiva prevista per alcune discipline: il carico di ore annue necessarie all’espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent. Per la determinazione del numero di unità necessarie a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), è prevista la presenza di una guardia “interdivisionale” ogni 100 PL).

La DGRC 190/2023 prevede in linea generale che devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- ❖ nelle aree “intensive” (area Anestesia, Utic, TIN, Stroke Unit di I livello di Castellammare e Nola);
- ❖ per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia (Nola, Castellammare, Boscotrecase, Torre del Greco, Sorrento e Vico Equense);
- ❖ nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Torre del Greco, Sorrento, Vico Equense e Boscotrecase che è in via di attivazione);
- ❖ nell’area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- ❖ nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense);

❖ nella Psichiatria SPDC (Torre del Greco, e quando saranno attivi Nola, Boscotrecase, Castellammare). È stata utilizzata la Tabella n. 3 della DGRC 190/2023 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (In particolare, per l’attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un’unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità). In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo copia informatica per consultazione 7 attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all’articolazione “in rete” di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire con particolare riferimento alle seguenti reti:

- ❖ Rete infarto;
- ❖ Rete Emur;
- ❖ Rete ictus;
- ❖ Rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032), Emergenza Urgenza (H100) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in Tabella 3 della DGRC 190/2023 nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTICe presidio con UTIC + emodinamica.

Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

Minimo operativo Medici =

$$\begin{aligned}
 & (\sum_{D=1}^n Fte \min Dir. Med. D + Fte Coord + \\
 & \sum_{D=1}^n Fte \min per Guardia Divisionale D + \\
 & \sum_{AO=1}^n Fte \min Guardie Intervisionali AO + Fte \min S)
 \end{aligned}$$

Dove:

D = specialità di afferenza

AO = Area Omogenea di Afferenza

Dir. Med. = Dirigente Medico

Min = numero minimo

FTE = Full time Equivalent

GD = Guardia "Divisionale"

GI = Guardia "Interdivisionale"

S = Servizi

I valori massimi

Con riferimento all'individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l'introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare.

Attività di degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attestì all'interno di un predeterminato range.

Per la determinazione del range di Personale Medico "giustificato dalla produzione", la metodologia adopera "Pesi Medici" differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 9 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all'interno del medesimo sistema.

Rispetto a tali "Pesi Medici" si perviene quindi all'individuazione di due valori (FTE' e FTE''), che costituiscono il cd. "margini di tolleranza", limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

Per la definizione dei "range di peso medico" per disciplina, si è proceduto come segue:

- ❖ definizione dei criteri di imputazione dei DRG: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital e day surgery;
- ❖ sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- ❖ assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate alle Regioni;
- ❖ definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all'attività ambulatoriale in ogni specialità;
- ❖ stima degli FTE dedicati alla degenza;

- ❖ calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: rapporto tra DRG prodotti e gli FTE dedicati all'attività di degenza;
- ❖ verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ verifica dei dati delle nove regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- ❖ prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- ❖ confronto interregionale del dato;
- ❖ determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti (medici e chirurgici DO e DH) per ogni specialità, che rapportati ai "pesi medici" di Tabella 4 della DGRC 190/2023, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata.

Attività ambulatoriale

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare all'attività ambulatoriale, sono state seguite le percentuali rappresentative dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate, riportate in Tabella 5 della DGRC 190/2023. Ai fini dell'individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica, agli FTE identificati per l'attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi sono stati sommati quelli per l'attività ambulatoriale.

$$\begin{aligned} FTE \text{ Amb Disciplina } x &= \text{Dotazione FTE } x \% \text{ Amb Disciplina } x \\ \text{Fabbisogno FTE Tot} &= \text{FTE Degenza} + \text{FTE Amb} \end{aligned}$$

Personale infermieristico ed operatori sociosanitari

Con riferimento alla dotazione standard di Personale Infermieristico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS), la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell'allegato 1 del DM 70/2015.

In fase di prima applicazione i posti letto da utilizzare quale base di calcolo sono quelli attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12).

Si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Per le aggregazioni si rimanda all'Allegato 1 della DGRC 190/2023. Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno complessivo, nel caso del personale del comparto va effettuata sul dato complessivo ospedaliero, limitando, così, le difficoltà interpretative delle singole aree omogenee.

Attività di Degenza

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, ordinaria e diurna, si è proceduto come segue:

- ❖ somma dei posti letto per Area Omogenea;

- ❖ calcolo delle giornate equivalenti prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
- ❖ calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea;
- ❖ “trasformazione in ore” = Totale minuti/60;
- ❖ “trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1.450.

Si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, con l’obiettivo di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti. Sono stati categorizzati ospedali HUB i DEA II Livello nella Rete Emur, mentre i DEA di I Livello, i PPI e i Pronto Soccorso ospedali SPOKE.

L’applicazione dei valori minimo e massimo previsti in Tabella 6 e Tabella 7 della DGRC 190/2023 per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di Personale Infermieristico e di supporto per l’area ospedaliera, per le aree elencate.

I posti letto dell’area sub intensiva a cui applicare lo standard in tabella sono di n. 50.

Attività ambulatoriale

Anche per il personale del comparto si è ritenuto di procedere con l’imputazione di una percentuale di fabbisogno da determinarsi sulla base dell’incidenza dell’attività ambulatoriale sulle ore lavorate, da aggiungere al fabbisogno determinato per le attività di degenza. A fronte dell’aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza “fisse”. Esse saranno determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all’interno dell’area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto).

% Amb. (stab.x, area omogenea y) =

$$\frac{\sum [\% \text{ Amb.}(\text{disc.1}) \times \text{PL}(\text{stab.x, disc.1}) + \% \text{ Amb.}(\text{disc.2}) \times \text{PL}(\text{stab.x, disc.2}) + \dots + \% \text{ Amb.}(\text{disc.n}) \times \text{PL}(\text{stab.x, disc.n})]}{\text{Posti letto (stab.x, area omogenea y)}}$$

Il fabbisogno previsto per l’attività ambulatoriale sarà quindi individuato moltiplicando la % Amb. (stab. x, area omogenea y) per gli FTE minimi e massimi previsti per l’attività delle diverse discipline.

Come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l’attività di degenza e quelli per l’attività ambulatoriale, ad essi sarà aggiunto il personale con funzioni organizzative. In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l’attività ambulatoriale, che potrà essere ritrovato all’interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.

Personale Dirigente sanitario non medico

Il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente

delle professioni sanitarie), deve essere individuato in misura non superiore al 7% del fabbisogno di Dirigenti Medici, così come determinato in base alla suddetta metodologia. Con riferimento al personale Dirigente Farmacisti si stabilisce per le Aziende Sanitarie Locali un fabbisogno non superiore a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero.

Personale non sanitario

Altro Personale Ruolo tecnico

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, il quale a seguito del nuovo CCNL del Comparto sanità del 2022 non comprende più la figura dell'Operatore Socio-Sanitario e la figura dell'Assistente sociale, il fabbisogno di personale è determinato sulla base del seguente parametro:

- ❖ in misura non superiore al 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura non superiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Con riferimento al personale assistente sociale, il fabbisogno di personale è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno ospedaliero di personale sanitario non dirigenziale.

Ruolo professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Ruolo amministrativo

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti:

- ❖ 14% del fabbisogno di personale di ruolo sanitario ospedaliero, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- ❖ Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- ❖ Personale Comparto: a copertura della restante parte.

7.4 Area territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, la metodologia ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e valori standard per la determinazione del fabbisogno di personale afferente a tali aree.

Distretti

Con riferimento al personale da destinare all'assistenza distrettuale, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, deve procedersi alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio. Preso atto di quanto già definito sopra, si definiscono i criteri per il fabbisogno di personale distrettuale come di seguito. Si precisa inoltre che, laddove non è indicato uno standard di fabbisogno di personale distrettuale, questo è da intendersi ricompreso nelle percentuali individuate nei paragrafi di area ospedaliera.

Personale Sanitario

Con riferimento al personale Dirigente Medico distrettuale si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è compreso nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale. Con riferimento al personale Dirigente Farmacista è previsto un fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto individuato in Area Ospedaliera, pari a n. 2 unità di personale per Distretto. Si stabilisce, inoltre, un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari a 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. All'interno di tale percentuale è compreso anche il fabbisogno di Personale Infermieristico afferente al servizio di 118. Per quanto concerne il fabbisogno di personale Ostetrico, esso è stato definito nella misura di n.1 unità di personale per ogni Distretto.

Salute Mentale

La metodologia definita a livello ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti. L'obiettivo è garantire l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22 al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. L'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica. La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così definita dal DPR 1/11/99, è articolata come segue:

- ❖ Medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 ogni 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6, 7 operatori ogni 10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero, il DCA 67/2016 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni SPDC, considerando una disponibilità di n. 16 posti letto. È previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

- ❖ 1,30 infermieri per posto letto;
- ❖ 0,5 medici per posto letto;
- ❖ 1 dirigente sanitario non medico (psicologo);
- ❖ 0,2 OSS per posto letto;
- ❖ 1 assistente sociale.

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere intensivo con n. 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- ❖ 1 dirigente medico;
- ❖ 1 psicologo;
- ❖ 5 infermieri;
- ❖ 6 OSS;
- ❖ 2 Tecnici sanitari di Radiologia.

Per quanto attiene alle strutture semi-residenziali con n. 20 posti di accoglienza, il DCA n. 5/2011 individua il fabbisogno di personale come segue:

- ❖ 0,5 dirigenti medici;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 1,5 infermieri;
- ❖ 1 Tecnico sanitario di Radiologia/educatore professionale;
- ❖ 0,33 assistente sociale.

Per il livello 4 si fa riferimento alla Legge n. 9/2012, nella quale sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Sono inoltre comprese le strutture residenziali per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA).

Dipendenze Patologiche

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). L'assistenza dell'ASL Napoli 3 Sud è articolata su tutto il territorio attraverso cinque UOC e una UOSD. È previsto e garantito un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80.000-100.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, con apertura almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno. I SerD sono dotati di una equipe multiprofessionale così come indicato nella Tabella 20 della DGRC 190/2023.

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza

Nell'Asl Napoli 3 Sud l'assistenza è assicurata dai Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero. Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è il seguente:

- ❖ Dirigenza sanitaria medica e non (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Professioni sanitarie (terapista della neuropsicomoticità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto) e assistenti sociali: 10 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- ❖ Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati: uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza, ed uno per i gravi disturbi del neuro sviluppo. Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere, inoltre, la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza. Gli standard di personale dei servizi di assistenza dei livelli 3 e 4 sono ricompresi negli standard dei livelli 1 e 2 di cui sopra.

Prevenzione

Per il Personale Dirigente medico dedicato alla Prevenzione, si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,07 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000. Per il Personale infermieristico si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,05 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000. Per quanto riguarda i Dirigenti Veterinari si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootecnica.

Cure Domiciliari

Con riferimento al fabbisogno di personale da destinare all'assistenza domiciliare integrata (ADI) si è provveduto a seguire la metodologia dettata dalla DGRC 190/2023. Lo standard per gli Infermieri è fissato pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65, lo standard per i Fisioterapisti è fissato pari a 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65. Lo standard per l'Operatore Socio-Sanitario è fissato nella misura non superiore a 1 FTE ogni 2 infermieri.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presente, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla

donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, così come definito dal DM 77/22. Presso l'ASL Napoli 3 Sud, attualmente, sono attivi 19 consultori e 6 punti consultoriali. Lo standard di personale ogni 20.000 abitanti prevede la presenza di:

- ❖ 0,5 dirigente medico ginecologo;
- ❖ 1 ostetrica;
- ❖ 0,5 psicologi;
- ❖ 0,25 assistenti sociali;
- ❖ 0,25 dirigente medico pediatra.

Il personale infermieristico risulta già considerato all'interno dello standard previsto per il Distretto.

DM 77/2022 “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il DM 77/2022: “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN” fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di riorganizzare l'assistenza territoriale. Pertanto, presso l'Asl Napoli 3 Sud sono programmate azioni per il recepimento di quanto previsto dal suddetto Decreto.

UCA – Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un'equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Il DM 77/22 prevede l'implementazione delle UCA garantendo un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti. Per l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è garantita operatività 5 giorni su 7, in orario dalle ore 08:00 alle ore 20.00, con personale dedicato nei limiti del rispetto dei costi.

Infermiere di Famiglia o Comunità

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguiendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Presso l'Asl Napoli 3 SUD è programmata l'inserimento di tale figura professionale all'interno dell'organico, sempre nel rispetto dei costi. L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Il DM 77/22 definisce come standard di fabbisogno un infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola. Tale standard trova il suo limite nei vincoli dei tetti di spesa in materia di personale.

Case di Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di

prossimità per la popolazione di riferimento. La riorganizzazione prevista dal DM 77/22, parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa di Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Presso l'ASL Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 31 Case di Comunità. La funzione di consultazione ed assistenza primaria viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiscono le attività di individuazione precoce e di primo intervento. Lo standard di personale previsto dal DM 77/2022 per le Case di Comunità hub prevede la presenza di:

- ❖ 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità;
- ❖ 1 assistente sociale;
- ❖ 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario e Amministrativo).

Ospedali di Comunità

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari", prevede l'attivazione di n. 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull'intero territorio nazionale. In particolare, un Ospedale di Comunità dotato di n. 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. Presso l'Asl Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 8 Ospedali di Comunità. Il DM 77/2022 prevede le seguenti disposizioni in merito all'Ospedale di Comunità:

- ❖ 7-9 infermieri (di cui un Coordinatore Infermieristico);
- ❖ 4-6 Operatori Sociosanitari;
- ❖ 1-2 unità di altro personale con funzioni riabilitative;
- ❖ 1 dirigente medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Centrale Operativa Territoriale

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari", prevede l'attivazione di 600 Centrali Operative. In particolare, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Presso l'Asl Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 11 COT. Il DM 77/2022 prevede il seguente standard per le COT:

- ❖ 1 Coordinatore Infermieristico ogni 100.000 abitanti;
- ❖ 3-5 infermieri;

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione
Triennio 2026 - 2028
(art. 6 del DL 80/2021)

- ❖ 1-2 unità di Personale di Supporto.

Sono previste per l'ultimo quadri mestre 2024 e nel 2025 le aperture delle C.O.T., C.d.C., O.d.C. nel territorio dell'A.S.L. Napoli 3 Sud.

7.5 Il rispetto dei vincoli di finanza pubblica

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2024- 2026 è stato formulato modulandolo all'art. 11 del DL 35/2019 nella parte in cui consente di individuare quale tetto di spesa del personale, a decorrere dall'anno 2019, la somma più capiente tra il valore della spesa registrato nell'anno 2004, ridotto dell'1,4% e il valore della spesa registrato nell'anno 2018. Il tetto di spesa è stato individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell'anno 2021 e il costo sostenuto nell'anno 2004 (1,4%).

Voci di Costo del Personale dipendente	CE 2023
	Valori in €/000
Personale dipendente a tempo indeterminato	276.141.783,00
Personale a tempo determinato	24.495.063,00
Restante personale	5.151.916,00
Totale costo del personale	305.788.762,00
IRAP	19.753.138,20
Totale costo del personale comprensivo di IRAP	325.541.900,00
Spese per rinnovi dei CCNL intervenuti successivamente al 2004	64.256.415,00
Spese per il personale appartenente alle categorie protette	7.743.644,00
Spese sostenute per il proprio personale comandato c/o altre amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso	709.628,54
Incremento fondi contrattuali legge 205/2017 art 1 comma 435 bis	43.006.317,00
Totale costo del personale (PARAMETRO X LA DEFINIZIONE DEL DELTA)	252.607.447,60
Tetto di spesa ASL NAPOLI 3 SUD limite 1,4 L. 191/2009	290.769.642,00
Incremento possibile del costo del personale nel triennio 2024-2026	38.162.194,40

Figura 53 – Tetto di spesa personale 2024-2026

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026 è stato approvato con n. Deliberazione N. 620 del 06/05/2025 con i prospetti di sintesi Allegato A e Allegato B, successivamente, con Deliberazione N. 724 del 26/05/2025, è stata apportata una rettifica limitatamente all'Allegato B.

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

ALLEGATO A

Tabella A PTFP 2024-2026

AASS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023 SSN*	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
RUOLO SANITARIO								
Dirigenti Medici	3.658	5.074	-	1.416	724	414	241	69
Dirigenti Sanitari non medici	952	1.650		696	310	197	84	29
di cui dirigenti professioni sanitarie	158	237		79	79	24	38	17
di cui farmacisti	53				3		1	2
di cui altri sanitari non medici	105				9	1	7	1
Personale del comparto area sanitaria	2.548	3.187	-	639	335	193	119	23
di cui infermieri	2.088	2.550		462	176	86	80	10
di cui infermieri di famiglia**								
di cui ostetriche	72	90		18	18	12	4	2
di cui tecnici sanitari	348	390		42	24	19	4	1
di cui altro comparto sanitario	40	157		117	117	76	31	10
RUOLO SOCIOSANITARIO								
Personale del comparto area socio-sanitaria	454	800	-	346	142	48	70	24
di cui OSS	454	800	-	346	142	48	70	24
di cui assistenti sociali	398	650		252	115	34	60	21
RUOLO TECNICO								
Dirigenti	105	190	-	85	58	52	5	1
Personale del comparto area tecnica	8	40		32	6		5	1
RUOLO PROFESSIONALE								
Dirigenti	97	150		53	52	52	-	
Personale del comparto area professionale	26	33	-	7	7	3	4	-
RUOLO AMMINISTRATIVO								
Dirigenti	21	26		5	5	3	2	
Personale del comparto area amministrativo	5	7		2	2		2	
TOTALE	4.737	6.782	-	2.045	1.098	600	378	120

Figura 54 – Il fabbisogno del personale 2024-2026

Si rappresenta graficamente l'andamento del Piano del Fabbisogno di Personale, distinto per profilo professionale, per ciascun anno oggetto di programmazione (2024-2026).

Piano del fabbisogno del personale 2024 - 2026

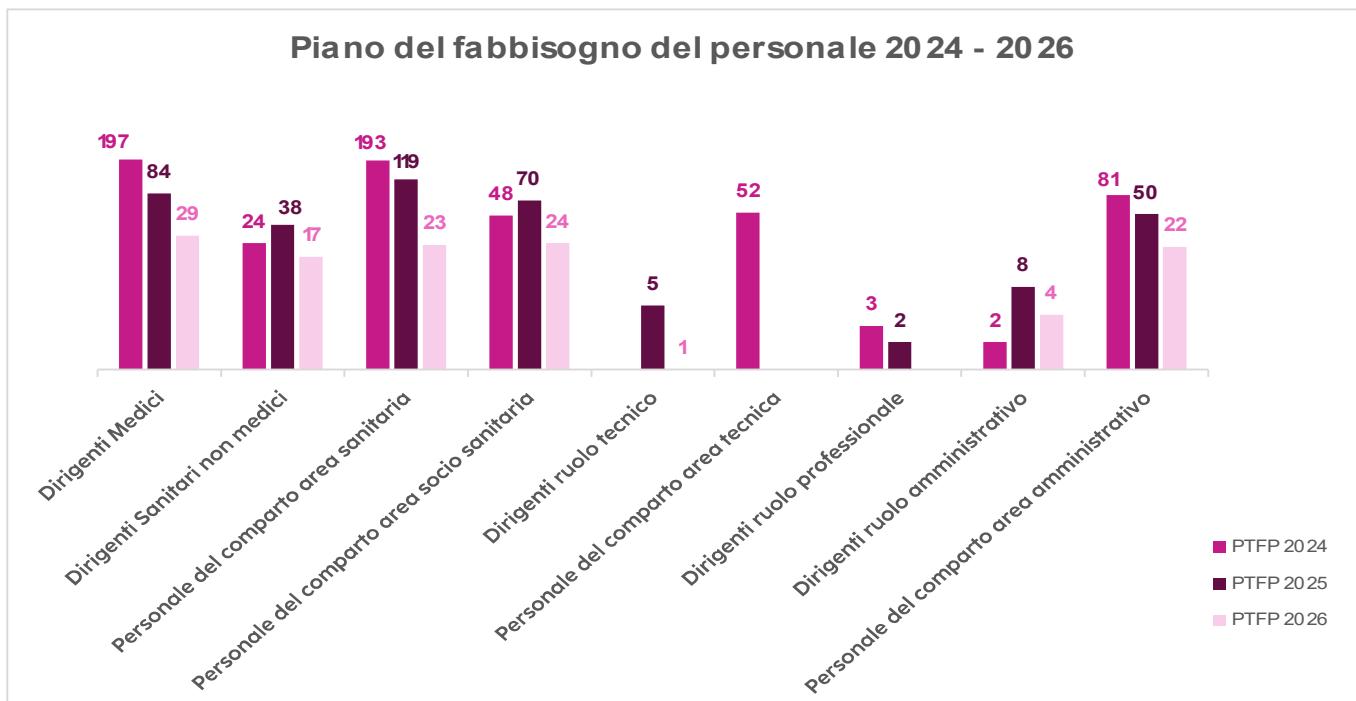


Figura 55 – Piano del fabbisogno di personale 2024-2026

ALLEGATO B

Tabella DM77 PTFP 2024-2026 | PNRR

AASS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2023*	Strutture DM n.77/2022						FABBISOGNO AZIENDA 2024/2026	PTFP 2024	PTFP 2025	PTFP 2026
		TOTALE STANDARD DM 77	STANDARD PERSONALE DM 77 CIC	STANDARD PERSONALE DM 77 CIC	STANDARD PERSONALE DM 77 COT	STANDARD PERSONALE DM 77 USCA	STANDARD PERSONALE DM 77 CO NEA				
RUOLO SANITARIO											
Dirigenti Medici	-	517	360	81	66	20	-	507	41	412	54
Dirigenti Sanitari	-	19	9			10		9		9	
di cui professioni sanitarie											
di cui infermieri											
di cui infermieri di famiglia**											
Personale del comparto area sanitaria	-	498	350	72	66	10	-	498	41	403	54
di cui infermieri		154	6	72	66	10		154	41	103	10
di cui infermieri di famiglia**		344	344					344		300	44
RUOLO SOCIOSANITARIO											
Personale del comparto area socio-sanitaria	-	245	186	48	11	-		115	-	115	-
di cui OSS		245	186	48	11	-		115	-	115	-
di cui assistenti sociali		203	155	49	-			100	-	100	-
di cui OSS		42	31	-	11			15	-	15	-
RUOLO TECNICO											
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale del comparto area tecnica											
RUOLO PROFESSIONALE											
Dirigenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale del comparto area professionale											
RUOLO AMMINISTRATIVO											
Dirigenti	-	104	93	-	11	-	-	57	-	57	-
Personale del comparto area amministrativo		104	93	-	11	-	-	57	-	57	-
TOTALE		866	629	129	88	20		679	41	582	54

* personale in servizio presso le strutture DM77/22 (personale riallocato o nuove assunzioni)

** INFESIMERI DI FAMIGLIA SONO INSEGNATI IN QUESTA TABELLA E NON NELLATABELLA PER UN TOTALE DI N. 344 UNITÀ

Figura 56 – Il fabbisogno di personale 2024-2026 PNRR

7.6 La formazione del personale

L'ASL Napoli 3 Sud ha adottato con Deliberazione Aziendale n. 863 del 17/09/2021 un Piano di formazione Triennale (2021-2023), in via di completamento per le iniziative formative programmate ed inserite nel Piano ma non ancora realizzate. Ad oggi il piano di ECM ed il nuovo Piano formativo per il triennio 2026-2028 sono in fase di elaborazione.

Il Piano definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi dell'efficiente organizzazione degli uffici dell'ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Con il Piano si intende:

- ❖ potenziare per il personale dipendente conoscenze e competenze:
 - "tecnico professionali", ovvero specifiche della professione e della disciplina di appartenenza, anche con specifici corsi di Formazione Continua in Medicina previsti dal Programma di ECM, che consentono il raggiungimento dei crediti formativi;
 - di "sistema", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante corsi per il miglioramento di qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari;
 - di "processo", per programmare eventi e corsi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato settore, /ambito;
 - "trasversali", ovvero destinati a tutti gli operatori mediante l'utilizzo sia di corsi di formazione a distanza anche denominati FAD (come, ad esempio, i corsi di formazione base sulla "Privacy", "sulla sicurezza dei lavoratori " ai sensi del D. Lgs 81/08), che organizzando corsi di formazione in presenza come quelli di " Primo soccorso ", destinati a tutti gli operatori sanitari e non.
- ❖ risorse interne ed esterne:
 - in tal proposito, dal 2020 è presente presso l'ASL Napoli 3 Sud un Centro di Formazione e simulazione avanzata, dotato di manichini di ultima generazione, altamente tecnologici, utilizzati per l'erogazione di corsi di formazione di livello avanzato, con docenti ed istruttori certificati IRC appartenenti al personale dipendente. I corsi erogati in questo centro di simulazione afferiscono principalmente all'area dell'emergenza-urgenza, alla rianimazione cardiopolmonare, nonché dell'area ostetrica, neonatale e pediatrica. Tali corsi vengono organizzati avvalendosi anche di docenti appartenenti ad altre Aziende sanitarie pubbliche, con cui esiste un rapporto di collaborazione e di interscambio.
- ❖ percorsi di sviluppo (istruzione e specializzazione):
 - Al fine di favorire ed incentivare l'accesso ai percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non, l'ASL Napoli 3 Sud ha stipulato una convenzione con una Università prestigiosa per garantire al personale dipendente di fruire di percorsi formativi facilitate, sia individuali che ad iniziativa aziendale, sulla scorta di quanto già realizzato nel 2022/2023;

- La UOSD Formazione è sempre attenta a cogliere l'offerta di proposte formative da parte di Enti, Università ed Istituti che consentano di elevare ed arricchire le competenze del personale dipendente laureato e non mettendo a disposizione, e nei limiti del possibile e nel rispetto del Budget assegnato, Borse di studio, con parziali contributi aziendali o con costi vantaggiosi per il dipendente.

7.7 Il piano delle azioni positive

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) dell'ASL Napoli 3 Sud rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta di principi di parità e non discriminazione, diretta (situazione nella quale una persona è trattata, in base al sesso, meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga) ed indiretta (situazione nella quale una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere in una situazione di svantaggio le persone di un determinato sesso rispetto a persone dell'altro), per età, orientamento sessuale, razza, origine etnica, disabilità e lingua, estendendola all'accesso, al trattamento ed alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni di carriera ed alla sicurezza.

Si presentano le n. 6 aree di intervento previste nel Piano delle Azioni Positive 2024/2026, maggiormente dettagliate nell' allegato n. 10.

Il Piano delle Azioni Positive 2024/2026, svilupperà 6 aree di intervento:

STUDI E RICERCHE

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere. Report statistici (ad es. suddivisione del personale per genere di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2023; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2023 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2024; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2023). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

POTENZIAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Azione 2.1 - Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale ASL Napoli 3 Sud.

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG (costante informazione al CUG sui dati del personale dipendente, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro; sulle misure per la tutela delle parità e sulle iniziative delle pari opportunità).

Azione 2.3 - Corso di Formazione (ECM/ FCO) di 35 ore circa su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza (ad es. riorganizzazione dell'ente; piani di formazione del personale; criteri di valutazione del personale; forme di flessibilità lavorativa come il lavoro agile ecc.).

PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE

Azione 3.1 - Favorire iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG.

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (Seminari pari opportunità).

CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA

Azione 4.1 - Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi per la cura dei figli, dei disabili e delle persone anziane al fine di favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro (applicazione diritti flessibilità lavorativa, lavoro agile, indagine per asilo nido).

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

BENESSERE ORGANIZZATIVO E SALUTE AMBIENTE DI LAVORO

Azione 5.1 - Creazione sportello d'ascolto con professionista psicologo al fine di accogliere problematiche e supportare nella risoluzione di un momento di disagio (apertura bisettimanale antimeridiano e pomeriggio).

Azione 5.2 - Promozione sani stili di vita – attenzione organizzativa e individuale verso sani stili di vita, promuovendo iniziative per agevolare informazione e consapevolezza nell'ottica della prevenzione e del benessere della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

Azione 5.3 Corso di formazione finalizzato al supporto psicologico del personale sanitario impegnato nel trattamento ai pazienti fragili dei Presidi Ospedalieri e territoriali della ASL Napoli 3 Sud. Tale necessità nasce dall'esigenza di garantire tempi e modi per una reale possibilità di sostegno, resasi necessaria dalla fase pandemica del recente passato e dalle oggettive condizioni di stress lavorativo del personale impegnato nei reparti coinvolti in tale periodo.

CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

Azione 6.1 - Predisposizione di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.

Il Piano ha durata triennale e sarà pubblicato sul portale aziendale. Nel periodo di validità sarà effettuato il monitoraggio delle azioni adottate con un report annuale. Saranno raccolti pareri, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, annualmente, se necessario, e, comunque, al termine del triennio, ad unadeguato aggiornamento.

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

SEZIONE 4

8 Il monitoraggio delle linee programmatiche

8.1 Le attività di monitoraggio dell'ASL Napoli 3 Sud

L'ASL Napoli 3 Sud ha identificato strumenti e modalità di monitoraggio specifiche, misurabili e rilevanti in riferimento ad ogni ambito di programmazione previsto nel PIAO, definendo per ciascuno di essi il soggetto responsabile, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti.



Figura 57 – La metodologia SMART utilizzata per il monitoraggio del PIAO

Si precisa che, in coerenza alle indicazioni normative vigenti, il monitoraggio del Valore Pubblico ed il monitoraggio delle Performance è previsto secondo le modalità stabilite dagli art. 6 e 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs n. 150/2009 ed il monitoraggio dei Rischi corruttivi e della trasparenza è previsto secondo le modalità stabilite dall'ANAC.

Inoltre, il monitoraggio rivolto all'Organizzazione aziendale, al Lavoro Agile ed al Piano triennale del fabbisogno di personale è previsto secondo le modalità stabilite, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito si propone uno schema sintetico che indica per ognuna delle sezioni e sottosezioni del PIAO interessati i principali approcci e strumenti di monitoraggio.

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

Sez/sottosezione	Modalità Monitoraggio	Frequenza del monitoraggio
Sez.2 - Valore pubblico	<p>Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico: Indicatori BES, LEA, NSG, Obiettivi Strategici di cui alla DGRC n. 321 del 21.06.2022 e Decreto Presidente Giunta Regione Campania n. 111 del 04.08.2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi. 	Trimestrale/ Annuale
Sez.2 - Performance	<p>Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi Strategici ed Operativi funzionali alla definizione delle performance organizzativa delle strutture e della performance individuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attraverso la verifica del raggiungimento dei risultati rispetto ai risultati attesi relativi agli indicatori di impatto utilizzati per gli obiettivi. 	Trimestrale
	<p>Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla performance:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attraverso la formalizzazione dei risultati raggiunti nell'ultimo monitoraggio (consuntivazione finale) per gli obiettivi strategici ed operativi funzionali alla definizione della performance organizzativa delle strutture. 	Annuale (entro il 30 giugno)
Sez.2 - Rischi corruttivi e trasparenza	<p>Monitoraggio periodico secondo le indicazioni contenute nel PNA ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza; - monitoraggio in relazione alla revisione complessiva della programmazione; - monitoraggio integrato delle diverse sezioni del PIAO, con specifico riferimento al ruolo proattivo che può ricoprire il RPCT; - monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione. <p>Attraverso la verifica dell'attuazione delle misure organizzative di prevenzione della corruzione ed individuati indicatori e obiettivi (valori attesi), necessari per verificare la corretta attuazione delle stesse.</p>	Periodico (secondo specifiche ASLNA3 Sud)
	<p>Redazione, approvazione e pubblicazione della Relazione annuale del RPCT, sulla base del modello adottato dall'ANAC con comunicato del Presidente. Attestazione da parte degli organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza</p>	15 dicembre o altra data stabilita con comunicato del Presidente dell'ANAC Annuale
Sez.3 - Struttura organizzativa	<p>Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance</p>	A partire dal 2024
Sez.3 - Organizzazione del lavoro agile	<p>Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance</p>	A partire dal 2024
Sez.3 - Piano Triennale del Fabbisogno di Personale	<p>Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance</p>	A partire dal 2024

8.2 Il monitoraggio del Valore pubblico

L'ASL Napoli 3 Sud intende favorire la creazione del Valore Pubblico per l'ASL Napoli 3 Sud, orientato ad uno sviluppo equo e sostenibile, attraverso ogni misura possibile.

In questa direzione, l'ASL Napoli 3 Sud ha specificato esattamente gli Indicatori BES cui fare riferimento, per concorrere allo sviluppo equo e sostenibile del paese.

Nello specifico, gli indicatori BES previsti sono:

- ❖ la speranza di vita alla nascita;
- ❖ l'incidenza oncologica;
- ❖ il tasso di mortalità oncologica.

Il monitoraggio degli indicatori BES guarda alla verifica degli scostamenti che avverranno, nel periodo oggetto di programmazione del PIAO, nei valori di baseline, al fine di raggiungere i valori target previsti.

I soggetti responsabili del monitoraggio del Valore Pubblico, nell'ASL Napoli 3 Sud, sono il Dipartimento di Prevenzione e l'UOC Controllo di Gestione.

La speranza di vita

La speranza di vita alla nascita – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	79,15 Ottenuto con i dati dell'anno 2023	80,5 Assegnato rispetto ai dati rilevati all'anno 2023	Somma degli anni di vita della popolazione deceduta nell'anno 2024	Numero totale della popolazione deceduta nell'anno 2024	78,54	●	80,5
			819.398	10.433			

L'incidenza oncologica

L'incidenza oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	5,55 (*1.000 ab) Ottenuto con i dati degli anni 2018-2022	5,20 (* 1.000 ab) Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2018-2022	Numero medio annuo di casi di neoplasia diagnosticati negli anni 2019-2023.	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2019-2023.	5,78	●	5,20

Il Tasso di mortalità oncologica

Il Tasso di mortalità oncologica – Indicatore BES ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	2,15 (*1.000 ab) Ottenuto con i dati degli anni 2018-2022	2,13 (* 1.000 ab) Assegnato rispetto ai dati rilevati agli anni 2018-2022	Numero medio annuo di decessi per neoplasia negli anni 2019-2023	Numero medio annuo della popolazione negli anni 2019-2023.	2,19	●	2,13

8.3 *Il monitoraggio delle Performance*

Il sistema di valutazione dell'Asl Napoli 3 Sud si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati. Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dell'Asl Napoli 3 Sud nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.). La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi:

- ❖ Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e non Dipartimentali.

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale. Successivamente, UOSD Misurazione e valutazione della performance e l'U.O.C. Controllo di Gestione, predispongono le opportune schede obiettivo. Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la "pesatura" dei medesimi.

La Strutture Aziendali, a cui sono stati affidati gli obiettivi performance, monitorerà con cadenza trimestrale, funzionale alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi come sopra negoziati, per quanto di competenza. Il monitoraggio dovrà essere trasmesso UOSD Misurazione e valutazione della performance e all'U.O.C. Controllo di Gestione. L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su indicazioni delle UU.OO.CC. centrali di cui sopra, procede invece ad una verifica infra-annuale utile a valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi. In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell'obiettivo o sia constatato che l'obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati. Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione della retribuzione di risultato/produttività. La metodologia adottata consente all'O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

Performance individuale

Il grado di raggiungimento degli obiettivi della Struttura determina anche il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello individuale. L'eventuale non raggiungimento o un raggiungimento in quota minore rispetto al risultato dell'equipe, deve essere dichiarato dal Responsabile di Servizio attraverso una relazione chiara e circostanziata, dalla quale emergano le motivazioni.

La valutazione individuale viene anche formalizzata dai responsabili dei servizi attraverso la compilazione, a fine d'anno, di un'apposita scheda che entra a far parte del fascicolo individuale come da normativa vigente. L'O.I.V., dopo aver acquisito le osservazioni del dipendente (eventualmente assistito da un rappresentante sindacale o legale di fiducia) provvede ad assumere la decisione definitiva.

Processo di attuazione del ciclo della performance

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

L' Asl Napoli 3 Sud utilizza il sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel "piano della performance" come descritto nei paragrafi precedenti, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui e costituisce il ciclo di valutazione della performance aziendale.

Al termine del ciclo, l'O.I.V. valuta la congruità delle azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

L' Asl Napoli 3 Sud ha dotato l' O.I.V., quale supporto alla propria attività, di una Struttura Tecnica Permanente (IPAS), incardinata nell' UOSD Misurazione e valutazione della performance, per la misurazione della performance, composta da figure professionali appartenenti all' UOSD Misurazione e valutazione della performance. La Struttura svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

- ❖ assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance;
- ❖ coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.;
- ❖ svolge la funzione di segreteria verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

8.4 Il monitoraggio del Lavoro agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa. La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

Il lavoro di analisi sullo stato di implementazione del lavoro agile costituisce il punto di partenza per le organizzazioni che, come l'ASL Napoli 3 Sud, vogliono rivedere i propri modelli organizzativi in un'ottica innovata ed ispirata alla digitalizzazione. In tale scenario, l'ASL Napoli 3 Sud si propone di monitorare l'adozione ed il rispetto del POLA (PIAO).

Tale monitoraggio si espleterà attraverso:

- ❖ l'attenta valutazione dello stato di implementazione del POLA (PIAO), ovvero analizzando le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile in tutta l'organizzazione aziendale;
- ❖ la misurazione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e/o individuali.

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

È da considerare che già in precedenza era stato fornito il target generale per l'adozione del lavoro agile, con la Legge n. 124/2015 (c.d. Riforma Madia), prevedendo appunto che nell'arco del triennio successivo tutte le PA avrebbero dovuto rendere possibile il lavoro agile ad almeno il 10% del personale, conseguentemente alle richieste ottenute, con relativo monitoraggio. Nel corso del tempo, la sperimentazione inerente al lavoro agile e la percentuale del 10%, previste entrambe dall'art. 14 della Legge sopra citata, sono state integralmente modificate. A partire dal 19 luglio 2020, con l'introduzione del POLA (PIAO) e quindi una programmazione specifica del lavoro agile, l'indicazione normativa ha portato al 60% il numero di dipendenti a cui lo stesso può essere riconosciuto, purché impegnati in attività che possono essere svolte in tale modalità.

Come enunciato in premessa, l'ASL Napoli 3 Sud intende procedere alla misurazione concreta dell'effettiva adozione del POLA (PIAO), per il periodo temporale a cui la pianificazione strategica si rivolge, mediante l'utilizzo di un indicatore chiaro e specifico, in grado di identificare l'effettiva implementazione del lavoro agile.

Occorre considerare che, nell'eventualità fosse autorizzato tutto il personale richiedente allo svolgimento della propria attività in modalità agile ed emergesse che le giornate effettive, fossero percentualmente irrilevanti, l'ASL Napoli 3 Sud intende approfondire le cause di tale irrilevanza (per approfondire, ad esempio, se non è stata adeguatamente sostenuta la politica di organizzazione del lavoro agile con interventi mirati alla gestione dei tempi, alla dotazione di infrastrutture informatiche ed alle competenze digitali).

L'ASL Napoli 3 Sud svolgerà il monitoraggio del POLA (PIAO) attraverso i seguenti indicatori:

- ❖ Indicatore quantitativo: riferito alla valutazione della misura di adozione del POLA. La formula di calcolo proposta è: (N. Ore o Giorni in lavoro agile/ N. Ore o Giorni lavorativi);
- ❖ Indicatore di efficienza produttiva: riferito al monitoraggio della variazione registrata nelle "Assenze" nell'ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: ((Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1)) / (Giorni di assenza/giorni lavorabili mese A anno X-1);
- ❖ Indicatore economico: riferito al monitoraggio dei "Costi" rilevati per la produzione dell'output correlato al servizio svolto in modalità agile nell'ottica della riduzione. La formula di calcolo proposta è: ((Straordinario mese A anno X) - (Straordinario mese A anno X-1)) / (Straordinario mese A anno X-1).

I soggetti responsabili del monitoraggio del POLA (PIAO), nell'ASL Napoli 3 Sud, sono l'UOC Gestione Risorse Umane e l'UOC Controllo di Gestione.

Di seguito si riportano i suddetti indicatori valorizzati per l'anno 2024:

Indicatore quantitativo

Valutazione della misura di adozione del POLA – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	N. Giorni in lavoro agile 2025	N. Giorni lavorativi 2025	0,04%		5%
			334	930.071			

Indicatore di efficienza produttiva

Indicatore di efficienza produttiva – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	((Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2025) – (Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2024))	(Giorni di assenza/giorni lavorabili anno 2024)	-3,24		5
			-45,05	1.391,12			

Indicatore economico

Monitoraggio dei costi – ASL Napoli 3 Sud

	Baseline	Target	Dati in rapporto per il monitoraggio		Valore raggiunto	Verifica andamento	Nuovo Target
Formula di calcolo	/	N.D.	((Straordinario anno 2025) - (Straordinario anno 2024))	(Straordinari o anno 2024)	8,34		-0,25
			2.485.984,63	297.849,37			

8.5 Il monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale

Come sancito dagli artt. 6, 6 bis e 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche disponibili è orientato verso gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità definiti a livello aziendale, con uno sguardo attento alla qualità dei servizi offerti ai cittadini. In tale contesto, le PA adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, il quale stabilisce le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello

stesso, in coerenza con i limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente. Le PA hanno poi facoltà di procedere al congelamento dei posti ed alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione nelle misure previste dalla normativa, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale.

Ogni anno, rispetto al periodo di programmazione, l'ASL Napoli 3 Sud, secondo le modalità definite dall'art. 60 del D. Lgs. n. 165/2001, definisce gli aggiornamenti da prevedere al PTFP, resi poi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica.

In funzione del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze, di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2 dell'art. 6 ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto che - laddove si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica - il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 3 dello stesso articolo, che sancisce misure specifiche per le amministrazioni facenti parte del SSN.

È necessario considerare che la predisposizione del PTFP, nell'ambito del SSR, è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Il PTFP dell'ASL Napoli 3 Sud attua i piani programmatici stabiliti dall'Atto Aziendale vigente. Nella sua elaborazione, per gli anni 2023-2025, si evidenzia che l'incremento del costo del personale nel triennio 2023-2025 consente l'assunzione del personale indicato nella suddetta tabella, sebbene il numero di unità previsto non trovi congruenza con lo standard dell'Azienda calcolato ai sensi della D.G.R.C. 190/2023 come è agevole ricavare dalle colonne fabbisogno azienda 2023-2025 e fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa.

Il soggetto responsabile del monitoraggio del Piano triennale del fabbisogno di personale, nell'ASL Napoli 3 Sud, è l'UOC Gestione Risorse Umane.

8.6 La soddisfazione degli utenti

La Customer Satisfaction è lo strumento mediante il quale la Pubblica Amministrazione si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale (livello strategico, gestionale, organizzativo, comportamentale), ponendo il cittadino al centro dei propri processi decisionali. L'ascolto attivo del cittadino consente di raccogliere le informazioni necessarie a valutare la corrispondenza tra il livello di qualità percepito e atteso sia in relazione a ciascun fattore di qualità del servizio reso e delle prestazioni erogate sia nel suo complesso. In tal modo, l'Amministrazione è indotta ad intervenire con azioni mirate e progetti specifici e migliorativi laddove si registra lo scarto maggiore tra ciò che la stessa è stata in grado di realizzare e ciò di cui la collettività ha effettivamente bisogno o che si aspetta di ricevere da essa. La realizzazione della customer satisfaction rientra tra le misure previste dalla normativa in materia di "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte dalle Amministrazioni Pubbliche, a norma dell'art. 11 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997". La Regione Campania, attraverso la D.D. n. 75 del 18/08/2017, ha approvato la Linea Progettuale n. 2 relativa allo "Sviluppo dei processi di umanizzazione" del DCA n. 134 del 28/10/2016, prevedendo per le PA l'obbligo di adottare adeguati metodi e strumenti per la misurazione e la valutazione della performance dei servizi erogati.

La rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in merito all'assistenza domiciliare integrata, a valle della raccolta dei numeri di cellulare e/o degli indirizzi mail degli utenti/caregiver in assistenza domiciliare, è stata avviata attraverso la somministrazione di uno specifico questionario.

Il questionario, disponibile anche al form online raggiungibile attraverso il seguente indirizzo:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfUJmkEeuioHZDfAPgvkI9cyDFimZFlw3AXcQZioNQylTOnQ/formResponse>, prevede una sezione anagrafica, una sezione dedicata all'Area delle cure domiciliari, elaborata in coerenza con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 art. 22 e 23", le informazioni relative alla tipologia di assistenza ottenuta, raccolte dal PAI. Nel proseguo, il test mira a raccogliere il grado di soddisfazione valutando la capacità informativa, le prestazioni del MMG o del PLS, le prestazioni erogate dal personale medico/specialista, le prestazioni erogate dagli operatori, il servizio erogato durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ed il rispetto della propria dignità e privacy. Inoltre, il cittadino viene messo al corrente della possibilità di presentare reclami e si offre la possibilità di esprimere opinioni personali sull'assistenza ricevuta, anche attraverso la formulazione di proposte di miglioramento.

9 Bibliografia e sitografia

Definizione degli indicatori BES. Articolo Novantanove – Lo sviluppo locale che vorrei – MYBES. URL: <https://www.istat.it/it/files//2018/04/12-domini-commissione-scientifica.pdf>

Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 dicembre 2017

RELAZIONE 2019 AL PARLAMENTO E AL GOVERNO sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini (art. 10-bis, legge 30 dicembre 1986, n. 936) – CNEL

Ricci P. (2007), Lo standard G.B.S. per la rendicontazione sociale nella pubblica amministrazione, Franco Angeli, Milano

La "piramide del Valore Pubblico". Fonte: Deidda Gagliardo, 2015; Papi et al. 2018

Cardillo E. (2008), I presupposti scientifici e culturali dei percorsi di social accounting nel settore pubblico, G. Giappichelli, Torino

ASL Napoli 3 SUD: la Performance affidata a GZOOM. URL: <https://gzoom.mapsgroup.it/asl-napoli-3-sud-la-performance-affidata-a-gzoom>

Sistema informativo per la riabilitazione (SIR) – Regione Campania. URL: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sir>

Sistema Informativo per le Dipendenze (SID) – Regione Campania: <https://sinfonia.regione.campania.it/preview/sid>

Direttore Dott. Giuseppe Russo

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Triennio 2026 - 2028

(art. 6 del DL 80/2021)

NSO – MEF - Linee Guida per l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici. URL:

https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/apir/NSO-Linee-guida-IT.pdf

Sanità Digitale – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/la-tua-campania/servizi-af3a/sanita-digitale>

Agenas PNRR: [MISSIONE 6 SALUTE - AGENAS](#)

Liste di Attesa – Regione Campania. URL: <http://www.regione.campania.it/regione/it/amministrazione-trasparente-fy2n/servizi-erogati/liste-di-attesa-qgfo>

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Regione Campania. URL:

<http://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/fascicolo-sanitario-elettronico/fascicolo-sanitario-elettronico-fse>

La creazione del valore pubblico – FPA Digital 360. URL: <https://www.forumpa.it/riforma-pa/come-creare-valore-pubblico/>

Focus on | L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi. Il cittadino stakeholder della sanità di Angelo Tanese e Alessio Terzi

Il monitoraggio anticorruzione: aspetti teorici e pratici – Un confronto costruttivo. ANAC. URL:

<https://www.anticorruzione.it/documents/91439/2616163/NL02.3.II%2Bmonitoraggio%2Banticorruzione.pdf/381300bf-b53e-6dac-79c6-aaa0de4d5ab1?t=1635166485197>

10 Indice degli allegati

Allegato 1 - Misure prevenzione bandi e avvisi dal 1° luglio 2023 e PNRR

Allegato 2 - Misure prevenzione corruzione bandi e avvisi prima del 1° luglio 2023 e PNRR

Allegato 3 - Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione Amministrazione Trasparente

Allegato 4 - Atti e documenti da pubblicare in Amministrazione Trasparente contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024

Allegato 5 - Mappatura dei processi NEW

Allegato 6 - Mappatura dei processi OLD

Allegato 7 – Obiettivi area Sanitaria 2026_CC

Allegato 8 – Obiettivi are Amministrativa 2026_CC

Allegato 9 - Piano Triennale delle azioni positive 2024/2026